دليل اسفير

الميثاق الإنساني
والمعايير الدنيا
في الاستجابة الإنسانية

اسفير

طبعة 2018

دليل اسفير

الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا
في الاستجابة الإنسانية

جمعية اسفير
Rue de Varembé 3
1202 جنيف، سويسرا
البريد الإلكتروني: info@spherestandards.org
الموقع الإلكتروني: www.spherestandards.org

الإصدار الأول 2000
الإصدار الثاني 2004
الإصدار الثالث 2011
الإصدار الرابع 2018

يتوافر فهرس لهذا المطبوع بالمكتبة البريطانية ومكتبة الكونجرس الأمريكية.

ISBN 978-1-908176-431 PBK
ISBN 978-1-908176-639 EPUB
ISBN 978-1-908176-738 PDF

اقتباس: جمعية اسفير دليل اسفير: الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة الإنسانية، الطبعة الرابعة، جنيف، سويسرا، 2018.
www.spherestandards.org/handbook

بدأ اسفير في عام 1997 من قبل مجموعة من المنظمات غير الحكومية وحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر لتطوير مجموعة من المعايير الدنيا العالمية في المجالات الأساسية للاستجابة الإنسانية: دليل اسفير. الهدف من هذا الدليل هو تحسين نوعية الاستجابة الإنسانية في حالات الكوارث والنزاعات، وتعزيز مساءلة العمل الإنساني للأشخاص المتأثرين بالأزمة. إن الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة الإنسانية هي نتاج التجربة الجماعية للعديد من الأشخاص والوكالات. ولذلك ينبغي ألا ينظر إليهم على أنهم يمثلون آراء أي وكالة. في عام 2016، تم تسجيل اسفير باسم جمعية اسفير.

وتم توزيعه لصالح جمعية اسفير من قبل دار نشر Practical Action Publishing ووكلائها وممثليها في جميع أنحاء العالم. إن دار نشر Practical Action Publishing (شركة بالمملكة المتحدة مسجلة برقم 1159018) هي شركة نشر مملوكة كليًا ل Practical Action وتعمل فقط لدعم أهدافها الخيرية الأساسية.

Practical Action Publishing, 27a Albert Street, Rugby, CV21 2SG، المملكة المتحدة
هاتف 634501 1926 (0) 44+; فاكس 634502 1926(0) 44+
موقع إلكتروني: https://developmentbookshop.com/sphere

تصميم: Non-linear Design Studio، ميلان، إيطاليا
طباعة: Shortrun Press المملكة المتحدة.
طباعة: vPrompt eServices, India
الترجمة للعربية مقدمة من CPSL (info@cpsl.com)

المحتويات

مقدمة

يحتفل دليل اسفير بالذكرى العشرين لنشأته بنشر هذه الطبعة الرابعة له. وهو نتاج حشد مكثف على مدار العام للأطراف الفاعلة في المجال الإنساني في جميع أنحاء العالم، ويعكس خبرة تمتد لعشرين عامًا في استخدام المعايير في عمليات الخط الأمامي، وتطوير السياسات والدعوة للحفاظ على الجودة المبدئية والمساءلة.

من خلال إطار عمل واضح يستند إلى الحقوق، يقوم الدليل على بناء الأسس القانونية والأخلاقية للأنشطة الإنسانية من خلال التوجيه العملي والممارسة الجيدة العالمية والأدلة التي تم جمعها لدعم العاملين في المجال الإنساني أينما عملوا.

تحظى اسفير بمكانة فريدة في القطاع وفي المشهد الإنساني المتطور باستمرار. تم إثراء هذه الطبعة بشكل واضح بالالتزامات الدولية التي تم التعهد بها في مؤتمر القمة العالمي الإنساني الأول في عام 2016، وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 والمبادرات العالمية الأخرى.

ومع ذلك ، فمع استمرار تطور مشهد السياسات ، فإننا نعلم أن احتياجات البقاء الفورية للأشخاص في النزاعات والكوارث لا تزال إلى حد كبير متشابهة في كل مكان تقع فيه الأزمات. تدعم اسفير وتسهم في عمليات السياسة العالمية والمحلية من خلال الإشارة إلى الضرورة الأساسية لتقديم المساعدة الخاضعة للمساءلة لمساعدة الناس على البقاء على قيد الحياة والتعافي وإعادة بناء حياتهم بكرامة.

تكمن قوة اسفير ونطاقها العالمي في حقيقة أنها تنتمي إلى الجميع. يتم تجديد هذا الشعور بالملكية كل بضع سنوات، عندما تتم مراجعة المعايير وتنقيحها من قبل المستخدمين أنفسهم. إنها لحظة نعيد فيها تجميع التزاماتنا بشكل جماعي ونوافق على إجراءات محسنة للتأكد من حصول الممارسين على أفضل المعلومات المتاحة لهم أينما كانوا يعملون. وهذا يجعل من اسفير مرجعاً جوهرياً وتذكيرًا بالأهمية الأساسية لكرامة الإنسان وحق الناس في المشاركة الكاملة في القرارات التي تؤثر عليهم.

يعد اسفير واحدًا من أسس العمل في المجال الانساني. إنها نقطة البداية للجهات الفاعلة الإنسانية الجديدة وإشارة دائمة للموظفين ذوي الخبرة، وتقدم إرشادات حول الإجراءات ذات الأولوية وأين يمكن العثور على المزيد من المعلومات التقنية المفصلة. يقدم شركاء المعايير لدينا المزيد من الدعم في قطاعات محددة خارج اسفير لمساعدة الناس على الانتعاش والازدهار.

تستفيد هذه الطبعة من مدخلات الآلاف من الأشخاص الذين يعملون مع أكثر من 450 منظمة في 65 دولة على الأقل حول العالم. يعكس النطاق العالمي تجربة لسياقات متنوعة وتحديات غير عادية وأنواع مختلفة من الجهات الفاعلة. لم تكن هذه المعايير لتصبح موجودة بدون الالتزام الثابت من جانب العديد منكم. لذا يتقدم قطاعنا بالشكر لكم على إسهاماتكم في هذا التنقيح وعلى مدار العقدين الماضيين حقا.

ونحن نتطلع لاستمرار هذا العمل الهام ولأن نتعلم معكم أثناء استعانتكم بهذا الدليل!



مارتن ماك كين
رئيس مجلس إدارة اسفير



كريستين كنودسين
المدير التنفيذي

شكر وتقدير

هذه الطبعة من دليل اسفير هي نتيجة عملية التشاور الأكثر تنوعًا وتوعية في تاريخ اسفير. تم تلقي ما يقرب من 4500 تعليق عبر الإنترنت من 190 منظمة، وشارك أكثر من 1400 شخص في 60 حدثًا شخصيًا استضافها شركاؤنا في 40 بلدًا. يدرك اسفير بكل الامتنان حجم ونطاق المساهمات المقدمة، بما في ذلك المقدمة من المنظمات غير الحكومية الوطنية والمحلية والدولية والسلطات الوطنية والوزارات، و جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، والجامعات، ومنظمات الأمم المتحدة، والممارسين الفرديين.

نسّق مكتب اسفير عملية التنقيح والمراجعة. تضمن الدليل فصولا فردية لمؤلفين رئيسيين مع دعم متعدد القطاعات من خبراء موضوعيين معينين وخبراء من القطاع الإنساني. وقد تم ترشيح غالبية المؤلفين والخبراء الموضوعيين من قبل منظماتهم الوطنية، حيث خصصوا وقتهم وجهدهم كمساهمة عينية للقطاع.

تم تخصيص فصل المأوى والمستوطنات لذكرى **جراهام سوندرز**، مؤلف هذا الفصل في طبعات عام 2004 وعام 2011 والاستشاري في التطوير المبكر لإصدار 2018.

كان جراهام طرفًا فاعلًا في مجال العمل الإنساني بحق وبطلاً في قطاع المأوى. لقد كانت رؤيته وقيادته وطاقته التي لا تنفذ عاملاً أساسياً في وضع قضايا الإيواء الإنساني على الخريطة وتشكيل المجال لأجيال المستقبل من الممارسين في ما يتعلق بالمأوى. ولطالما ظل يناضل لتحسين ممارستنا والعمل مع القطاع بشكل أكثر مهنية واحترافية. لسوف نفتقده بشدة كرائد من الرواد ومحترفٍ في عمله وصديق صدوق.

كما تأسست مجموعات للكتابة ومجموعات للمراجع لدعم المؤلفين والخبراء الموضوعيين في عملهم. تقر اسفير بهذه الإسهامات القيمة لجميع الأفراد خلال عامي 2017 و2018. يمكن الاطلاع على القائمة الكاملة لجميع أعضاء مجموعة العمل ومجموعة المراجع على موقع اسفير spherestandards.org. فيما يلي أسماء المؤلفين والخبراء الرئيسيين.

الفصول الأساسية

- **الميثاق الإنساني والملحق 1:** د. ماري بيكارد
- **مبادئ الحماية:** سيمون راسل (مجموعة الحماية العالمية) وكيت ساتون (المجموعة الاستشارية الإنسانية)
- **المعيار الإنساني الأساسي:** تاكيشي كومينو (CWSA اليابان) وساواكو ماتسو (المركز الياباني غير الحكومي للتعاون الدولي JANIC)

الفصول التقنية

- **تعزيز المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة:** كيت داير (لجنة الاعتمادات الدولية) وجيني لامب (أوكسفام، المملكة المتحدة)
- **الأمن الغذائي:** دانيال وانغانغا (وورلد فيجن الدولية WVI)
- **التغذية:** باول واسيكي (انقذوا الأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية)
- **المأوى والمستوطنات:** سيكي هيرانو (خدمات الإغاثة الكاثوليكية) وإيلا سيرداروغلو (اللجنة الدولية للهلال الأحمر)
- **الصحة:** د.دورغافاسيني ديفانات (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر و الهلال الأحمر)، د. جولي هال (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر و الهلال الأحمر)، د.جوديث هارفي (الهيئة الطبية الدولية)، د.أوني كريشنان (جمعية أنقذوا الطفولة بأستراليا)، د. إيبا باشا (مستقلة)

نقاط الضعف والقدرات والإعدادات التشغيلية

- **الأطفال وحماية الطفل:** سوزان ويزنيوسكي (منظمة أرض البشر Terre des Hommes)
- **كبار السن:** أيرين فان هورسن وفيل هاند (هيلب إيدج)
- **النوع الاجتماعي:** ميرا كانو (جينكاب)
- **العنف القائم على النوع الاجتماعي:** جين وارد (مستقلة)
- **ذوو الإعاقة:** ريكادوبلا كورديرو (الإنسانية والدمج)
- **المصابون والمتضررون من مرض نقص المناعة البشرية:** أليس فاي (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)
- **الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي:** مارك فان أوميرين (منظمة الصحة العالمية)،بيتر فينتيفوغل (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)
- **الأزمات طويلة الأمد:** سارة سيكينز (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة)
- **البيئات الحضرية:** باميلا سيتكو (وورلد فيجن الدولية WVI)
- **التنسيق المدني العسكري:** جينيفر جالوفيك ومارك هيريك (وورلد فيجن الدولية WVI)
- **البيئة:** أماندا جورج وتوماس بالو (الصليب الأحمر السويدي)
- **الحد من مخاطر الكوارث:** غلين دولسيماسكولو وموثوني نجوغو (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث)
- **الائتمان أو المساعدة المتعمدة على النقد:** إيزابيل بيلي (CaLP)
- **إدارة سلسلة التوريد واللوجيستيات:** جورج فنتون (جمعية اللوجيستيات الإنسانية)
- **المراقبة والتقييم والمساءلة والتعلم:** جوانا أولسن (خدمات الإغاثة الكاثوليكية)

مجلس إدارة اسفير (مايو 2018)

يمتد الشكر أيضًا لأعضاء مجلس الإدارة الذين بدأوا المراجعة والذين غادروا المجلس منذ ذلك الحين: سارة كامبرامي (تحالف ACT) * أنا غارفاندر (كنيسة السويد /LWF) * نان بوزارد (ICVA) * باربارا مينيو (أوكسفام الدولية – إنترمون) *ماكسيم فيلي (أنقذوا الأطفال).

المانحون

بالإضافة إلى المساهمات المقدمة من مؤسسات مجلس الإدارةالمذكورة أعلاه، تم التمويل لعملية مراجعة الدليل بواسطة:

الوكالة الدنماركية للتنمية الدولية (DANIDA) * وزارة الخارجية الألمانية * المعونة الأيرلندية * الحكومة الأسترالية – وزارة الشؤون الخارجية والتجارة (DFAT) * إدارة المساعدات الإنسانية والحماية المدنية التابعة للمفوضية الأوروبية (ECHO) من خلال الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر و الهلال الأحمر * (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر و الهلال الأحمر) * الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) لمساعدة الولايات المتحدة في حالات الكوارث الخارجية (OFDA) * الوكالة السويدية للتعاون الدولي للتنمية (SIDA) من خلال كنيسة السويد * – الوكالة السويسرية للتنمية والتعاون (SDC) * مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين (UNHCR) * مكتب وزارة الخارجية الأمريكية لشؤون السكان واللاجئين والهجرة (US-PRM).

فريق مراجعة الدليل

كريستين كنودسين، المدير التنفيذي (اسفير)
أنينيا ناديغ، مدير التأييد والتواصل الشبكي (اسفير)
المحررون: كيت ميرفي وآيمي أنصاري (مترجمون بلا حدود)
منسقو المراجعة: لينيت لارسين وميرو مودروسان

مع دعم من فريق العمل في اسفير:
تريستان هيل، مديرة التعليم والتدريب
وسيلة منصوري، مسؤولة شبكات التواصل والتوعية
جوان مايكل، مديرة التواصل حتى سبتمبر 2017
باربارا سارتور، مديرة التواصل من أكتوبر 2017
لوريدانا سيربان مسؤولة الإدارة والتمويل
كريستين بانتانو وكارولين تينكا، متدربات
مراجعة الترجمة: مدير المراجعة حسام فيصل، بدعم من رامي رجوب
الدعم الاستشاري عبر الانترنت: ماركوس فورسبيرغ (PHAP)
تصميم الدليل: Non-linear (www.non-linear.com)
تحرير النسخة والتصميم والإنتاج: Practical Action Publishing
(www.practicalactionpublishing.org)
مراجعة الترجمة: مدير المراجعة حسام فيصل، بدعم من رامي رجوب
وفي مراحل مختلفة أثناء عملية مراجعة الكتيب، تم تقديم دعم إضافي من قبل كل من جيمس دارسي، هشام خوجالي، بن ماوتنفيلد، إيسابو ريسكس، بانو ساريستو ومانيشا توماس.

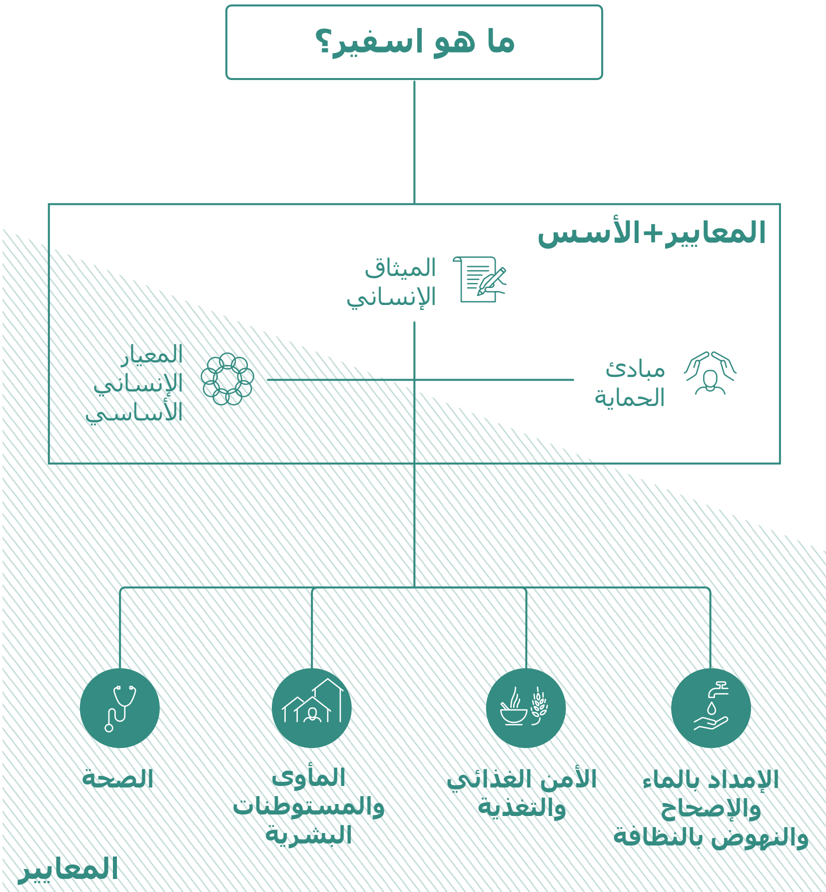
جهات اتصال اسفير التي نظمت مشاورات مراجعة شخصية:

ADRA الأرجنتين (مشاورات إقليمية مع ADRAS أمريكا الجنوبية)
هيئة تنسيق الوكالة لإغاثة أفغانستان (أفغانستان)
تحالف مناصري اسفير في الفلبين (ASAP)
مؤسسة أميتي (عضو بمجموعة عمل المعايير الخيرية، جهة اتصال للصين)
BIFERD (جمهورية الكونغو الديمقراطية)
خدمات المجتمع العالمية آسيا (تايلاند وباكستان)
دانيال أرتياغا غالارزا * مع أمانة *Gestión de Riesgos* (الإكوادور)
د. أوليفر هوفمان* مع جهة تواصل اسفير لدى ألمانيا
مجموعة اسفيرا بوليفيا
مجموعة اسفيرا السلفادور
مجموعة اسفيرا هندوراس
إلياسو أدامو* مع المجموعة الفرعية لحماية الطفل (النيجر)
الجمعية الإندونيسية لإدارة الكوارث
معهد بايوفورس (فرنسا)
إنتر أكشن (الولايات المتحدة الأمريكية)
مجموعة العمل الخاصة بالمساءلة بين الهيئات (إثيوبيا)
مجلس المنظمات غير الحكومية الكوري للتعاون في مجال التنمية عبر البحار (جمهورية كوريا)
جمعية اسفير بنغلاديش
اسفير الهند
منتدى أوكرانيا للمنظمات غير الحكومية
البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة شيلي

*جهات اتصال فردية

ما هو اسفير؟

الدليل



الملحق 1 الأساس القانوني لاسفير
الملحق 2 قواعد السلوك
الملحق 3 الاختصارات والأسماء المختصرة

المحتويات

ما هو اسفير؟

أُنشئ مشروع اسفير، المعروف حاليًا بـ «اسفير»، عام 1997 بواسطة مجموعة من المنظمات الإنسانية غير الحكومية والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وقد كان الهدف منه تحسين استجاباتهم الإنسانية وأن يخضعوا للمساءلة عن أفعالهم. تقوم فلسفة اسفير على معتقدين أساسيين:

- حق الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات في الحياة بكرامة و، بالتالي، الحق في الحصول على المساعدة؛
- ضرورة اتخاذ جميع الخطوات الممكنة لتخفيف المعاناة الإنسانية الناشئة عن الكوارث أو النزاعات.

يضع الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا هذين المعتقدين الأساسيين حيز التنفيذ. وتُرشد مبادئ الحماية جميع الأعمال الإنسانية، ويحتوي المعيار الإنساني الأساسي على التزامات لدعم المساءلة على مستوى جميع القطاعات. ويشكل كلا المعتقدين معًا دليل اسفير الذي طُوِر كأحد أكثر الموارد الإنسانية المرجعية انتشارًا على مستوى العالم.

1. الدليل

يعد المستخدمون الرئيسيون لدليل اسفير ممارسين مشاركين في تخطيط أو إدارة أو تنفيذ الاستجابة الإنسانية. ويشمل ذلك الموظفين والمتطوعين بالمنظمات الإنسانية المحلية والوطنية والدولية، بالإضافة إلى الأشخاص المتضررين أنفسهم، المستجيبين للأزمة. كما يُستخدم الدليل أيضًا للدعوة في المجال الإنساني من أجل تحسين الجودة والمساءلة في أعمال المساعدة والحماية بما يتماشى مع المبادئ الإنسانية. وهو يستخدم بشكل متزايد من الحكومات والمانحين والجيش أو القطاع الخاص للاسترشاد به في أعمالهم والسماح لهم بالعمل بصورة بناءة مع المنظمات الإنسانية التي تطبق المعايير.

صدر الدليل بشكل تجريبي لأول مرة عام 1998، ونُشرت إصدارات منقحة منه عام 2000 و2004 و2011 وحاليًا في 2018. وقد اعتمدت كل عملية مراجعة على استشارات على مستوى القطاع مع أفراد ومنظمات غير حكومية وحكومات ووكالات الأمم المتحدة. وتسترشد المعايير الناتجة والتوجيهات بالأدلة، وتعكس 20 عامًا من الاختبار الميداني بواسطة ممارسين حول العالم.

يصادف هذا الإصدار الرابع الذكرى العشرين لدليل اسفير، ويعكس التغيرات في القطاع الإنساني على مدار هذه الفترة. ويشمل هذا الإصدار توجيهات جديدة للعمل في البيئات الحضرية ومراعاة المعايير الدنيا في الأزمات طويلة الأمد وتقديم المساعدة من خلال الأسواق كإحدى طرق ملاقاة المعايير. وقد خضعت جميع الفصول التقنية للتحديث لتعكس الممارسة الحالية، ويحلّ المعيار الإنساني الأساسي المنسجم أُنشئ مشروع الأساسية السابقة.

أربعة فصول أساسية وأربعة فصول تقنية

يعكس الدليل التزام اسفير بتقديم استجابة إنسانية ذات مبادئ وقائمة على حقوق. فهو يستند إلى الاحترام الأساسي لحقوق الناس في المشاركة الكاملة في القرارات المتعلقة بتعافيهم.

تحدد الفصول الأساسية الأربعة الأساس الأخلاقي والقانوني والعملي للاستجابة الإنسانية. فهي تدعم جميع القطاعات التقنية والبرامج. كما تصف تلك الفصول الالتزامات والعمليات لضمان جودة تقديم الاستجابة الإنسانية وتشجيع المستجيبين على أن يكونوا في موضع المساءلة من الأشخاص المتضررين من أفعالهم. وتساعدك هذه المعايير على تطبيق المعايير الدنيا بشكل أكثر فعالية في أي سياق. إن قراءة فصل تقني بدون

قراءة الفصول الأساسية يشكل مخاطرة فقدان عناصر أساسية من المعايير. الفصول الأساسية هي:

ما هو اسفير؟ (هذا الفصل): يوضح هيكلية الدليل واستخدامه ومبادئه الأساسية. وبشكل هام فإنه يوضح كيفية استخدام الدليل عمليًا.

الميثاق الإنساني: يُعبر حجر الأساس لدليل اسفير عن القناعة المشتركة للجهات الفاعلة في المجال الإنساني أنه من حق جميع الأشخاص المتضررين من الأزمات الحصول على الحماية والمساعدة. ويضمن هذا الحق الشروط الأساسية للحياة بكرامة. ويوفر الميثاق الخلفية الأخلاقية والقانونية لمبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدنيا. فقد بُني على مدونة قواعد السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث. للعام 1994 تبقى مدونة قواعد السلوك جزء لا يتجزأ من دليل اسفير ⊕ انظر الملحق 2.

يمكن الاطلاع على قائمة بالوثائق الأساسية التي تشكل الأساس القانوني للميثاق الإنساني في ⊕ ملحق 1.

مبادئ الحماية: هي ترجمة عملية للمبادئ القانونية والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني إلى أربعة مبادئ تُوجه جميع الاستجابات الإنسانية.

المعيار الإنساني الأساسي: تسعة التزامات تصف العمليات الأساسية ومسؤوليات المنظمة لتوفير الجودة والمساءلة أثناء تطبيق المعايير الدنيا.

مدونة قواعد السلوك: 10 مبادئ أساسية:

يأتي الواجب الإنساني في المقام الأول.
تُقدم المساعدة بغض النظر عن عرق أو عقيدة أو جنسية المتلقين وبدون تمييز سلبي من أي نوع.
تُحسب أولويات المساعدة على أساس الحاجة فقط.
ولن تُستخدم المساعدة لتعزيز وجهة نظر سياسية أو دينية معينة.
سنسعى جاهدين إلى عدم التصرف كأدوات للسياسة الخارجية للحكومة.
علينا احترام الثقافة والعادات.
وكذلك محاولة بناء استجابة للكوارث بناءً على القدرات المحلية.
يجب اكتشاف طرق لإشراك المستفيدين من البرنامج في إدارة مساعدات الإغاثة.
يجب أن تسعى مساعدات الإغاثة جاهدةً للحد من مواطن الضعف المستقبلية أمام الكوارث بالإضافة إلى تلبية الاحتياجات الأساسية.
نحن نخضع أنفسنا للمساءلة من الأشخاص الذين نسعى إلى مساعدتهم ومن نقبل الموارد منهم.
علينا أن نعترف بضحايا الكوارث خلال أنشطتنا الإعلامية والدعائية والإعلانية كبشر ذوي كرامة وليس ككائنات يائسة.

مدونة قواعد السلوك: مبادئ السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في برامج الاستجابة للكوارث. انظر الملحق ٢ لقراءة النص الكامل.

تتضمن الفصول التقنية الأربعة المعايير الدنيا في قطاعات الاستجابة الأساسية:

- الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة
- الأمن الغذائي والتغذية
- المأوى والمستوطنات، البشرية
- مجال الصحة

تندرج الاحتياجات الإنسانية – من الناحية العملية – بوضوح في قطاعات مُعينة. فيجب أن تلبي الاستجابة الإنسانية احتياجات الناس بالكامل، ويجب أن تنسق القطاعات وتتعاون مع بعضها البعض للقيام بذلك. وقد يمتد نطاق ذلك أيضًا في سياق الأزمات طويلة الأمد إلى ما هو أبعد من الاستجابة الإنسانية، وذلك مع الحاجة إلى العمل عن كثب مع الجهات الفاعلة في مجال التنمية. ويحتوي الدليل على إحالات مرجعية للمساعدة في إقامة تلك الروابط. كما يجب أن يطلع القراء أيضًا على جميع الفصول لدعم الاستجابة الشاملة.

تعزز المعايير الدنيا لنهج متسق

تسترشد المعايير الدنيا بالأدلة المتاحة والتجارب الإنسانية. حيث تقدم أفضل الممارسات القائمة على توافق واسع في الآراء. فهي تنطبق على الصعيد العالمي لأنها تعكس حقوق الإنسان التي لا يمكن التنازل عنها.

ورغم ذلك، يجب فهم السياق الذي تحدث فيه الاستجابة ومراقبته وتحليله من أجل تطبيق المعايير الدنيا بشكل فعّال.

هيكلية المعايير الدنيا

تشترك المعايير الدنيا في هيكلية مشتركة لدعم القارئ في فهم البيان الشامل، متبوعًا بمجموعة من الإجراءات والمؤشرات الأساسية والملاحظات الإرشادية بهدف تحقيقها.

- **المعايير** مستمدة من مبدأ الحق في الحياة بكرامة. وتعد تلك المعايير عامة وذات طبيعة نوعية، تنص على الحد الأدنى اللازم تحقيقه في أي أزمة. ومكافئاتها في المعيار الإنساني الأساسي هي «الالتزام» و«معيار الجودة».
- **الإجراءات الأساسية** تحدد الخطوات العملية اللازمة لتحقيق المعايير الدنيا. وهي اقتراحات وقد لا تنطبق في جميع السياقات. ويجب أن يختار الممارس التدبير الأكثر ملاءمة للموقف.
- **المؤشرات الأساسية** هي بمثابة إشارات لقياس ما إذا كان المعيار يجرى تحقيقه. فهي تقدم طريقة للحصول على نتائج العملية والبرنامج قياسًا على المعيار وعلى مدار عمر الاستجابة. ويعتبر الحد الأدنى من المتطلبات النوعية أقل مستوى مقبول من الإنجاز للمؤشرات وتُدرج فقط عندما يكون هناك توافق قطاعي.
- **الملاحظات الإرشادية** تقدم معلومات إضافية لدعم الإجراءات الأساسية مع إحالات مرجعية إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي والمعايير الأخرى الواردة في الدليل. كما ترد أيضًا إحالات مرجعية إلى المعايير الأخرى لشراكة المعايير الإنسانية.

العمل مع المؤشرات الأساسية

تعد المؤشرات الأساسية في معايير اسفير الدنيا إحدى طرق القياس عند تحقيق المعيار؛ وينبغي عدم الخلط بينها وبين المعيار نفسه. فالمعيار شامل، أما المؤشرات الأساسية، مثل الإجراءات الأساسية، فقد تحتاج إلى تكييفها مع السياق ومرحلة الاستجابة. هناك ثلاثة أنواع من مؤشرات اسفير:

- **المؤشرات العملية** تتحقق من تطبيق الحد الأدنى من المتطلبات. على سبيل المثال: تُستخدم بروتوكولات موحدة لتحليل الأمن الغذائي وسبل العيش واستراتيجيات التكيف ⊕ انظر معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 1.1. تقييم الأمن الغذائي.
- **مؤشرات التقدم** وهي تقدم وحدة القياس التي يجب استخدامها لتحديد خط الأساس ووضع هدف (مع الشركاء والجهات المعنية)) والمراقبة للتقدم نحو الإنجاز الكامل للمعيار. على سبيل المثال: لُوحظت نسبة الأسر التي تخزن المياه بأمان في حاويات نظيفة ومغطاة في جميع الأوقات ⊕ انظر معيار الإمداد بالمياه 2.2 جودة المياه. على الرغم من أن الهدف الأمثل هو 100%، يجب على الممارسين ربط المؤشر بالحقيقة على أرض الواقع ومراقبة التحسينات مقارنةً بخط الأساس والتقدم نحو الهدف المتفق عليه بمرور الوقت.
- **المؤشرات المستهدفة** وهي أهداف محددة وقابلة للقياس الكمي تمثل الحد الأدنى القابل للقياس والذي لا يتحقق المعيار أدناها. ويجب تحقيق هذه الأهداف في أقرب وقت ممكن، حيث سيؤدي الفشل في تحقيق الهدف إلى تعريض البرنامج بالكامل للخطر. على سبيل المثال: نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 15 عامًا والذين تلقوا لقاح الحصبة: الهدف هو 95% ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير صحة الطفل 2.2.1: أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات.

الروابط إلى معايير أخرى

لا يغطي نطاق دليل اسفير جميع أوجه المساعدة الإنسانية التي تدعم الحق في الحياة بكرامة. وقد وضعت المنظمات الشريكة معايير تكميلية في عدة قطاعات استنادًا إلى نفس الفلسفة والالتزامات التي تتبعها اسفير. تتوفر هذه المعايير من خلال اسفير وشراكة المعايير الإنسانية ومواقعهم الإلكترونية.

- المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية (LEGS): مشروع المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية
- المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني (CPMS): تحالف حماية الأطفال في العمل الإنساني
- المعايير الدنيا للتعليم: التأهب والاستجابة والتعافي: الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ (INEE)
- المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي (MERS): شبكة تثقيف وتشجيع المشروعات الصغيرة (SEEP)
- دليل المعايير الدنيا لتحليل السوق (MISMA): شراكة التعلم حول النقد (CaLP)
- معايير الدمج الإنساني لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة: اتحاد السن والإعاقة

2. استخدام المعايير في سياقها

تحدث الاستجابة الإنسانية في الكثير من السياقات المختلفة. سوف تؤثر العديد من العوامل على كيفية تطبيق المعايير الدنيا في بيئة العمل لدعم الحق في الحياة بكرامة. ويشمل ذلك ما يلي:

- البيئة التي تقدم فيها الاستجابة الإنسانية؛
- الاختلافات بين فئات السكان والتنوع بين الأفراد؛
- الحقائق العملية واللوجيستية التي سوف تؤثر على كيفية ونوع الاستجابة الإنسانية المقدمة؛
- خطوط أساس ومؤشرات دقيقة في مختلف السياقات، متضمنة تحديد الشروط الأساسية ووضع الأهداف.

كما تؤثر ثقافة المستجيبين ولغتهم وقدرتهم والأمن وإمكانية الوصول والظروف البيئية والموارد على الاستجابة. من المهم أيضًا توقع أي آثار سلبية محتملة للاستجابة والعمل على الحد منها ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 1 و2 والالتزام بالمعيار الإنساني الأساسي رقم 3.

يعد دليل اسفير مدونة طوعية للجودة والمساءلة، وهو مصمم لتشجيع استخدام وامتلاك المعايير على أوسع نطاق ممكن. فهو ليس دليل عن «الكيفية» ولكنه وصف لما يجب أن يتوافر كحد أدنى لنجاة السكان وتعافيهم من الأزمة بكرامة.

لا يعني التوافق مع معايير اسفير تنفيذ جميع الإجراءات الأساسية أو تلبية جميع المؤشرات الأساسية لجميع المعايير. وسوف تعتمد درجة تلبية المنظمة للمعايير على طيف من العوامل، والتي يقع بعض منها خارج سيطرتها. وقد تؤدي إمكانية الوصول إلى الأشخاص المتضررين أو انعدام الأمن الاقتصادي أو السياسي إلى استحالة تحقيق المعايير في بعض السياقات.

يجب الوضع في الاعتبار كيفية الحد من التوتر المحتمل عن طريق عرض خدمات مجتمعية على سبيل المثال في الحالات التي يتجاوز فيها الحد الأدنى من المتطلبات الظروف المعيشية للمجتمع المضيف. وتضع السلطات الوطنية في بعض الحالات متطلبات دنيا أعلى من معايير اسفير الدنيا.

> تعتبر معايير اسفير تعبيرًا عن الحقوق الأساسية المتعلقة بالحياة بكرامة والحفاظ على استمراريتها. قد تكون المؤشرات والمتطلبات الدنيا بحاجة إلى تكييفها لتكون ذات معنى في السياق. ويجب الوضع في الاعتبار أي عرض لتخفيض المتطلبات الدنيا بعناية في الحالات التي لم يتم تلبية المعايير فيها. كما يجب الاتفاق على أي تغييرات بشكل جماعي والإبلاغ العجز في التقدم الفعلي ضد الحد الأدنى على نطاق واسع. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تُقيِم المنظمات الإنسانية الأثر السلبي الناتج عن عدم تلبية المعايير على السكان واتخاذ خطوات للحد من أي ضرر. استخدم هذا العجز في الاستجابة في الدعوة والسعي للوصول لمؤشرات في أقرب وقت ممكن.

تُطبق المعايير خلال دورة البرنامج

يجب استخدام معايير اسفير خلال دورة البرنامج من التقييم والتحليل مرورًا بوضع الاستراتيجية والتخطيط وتصميم البرنامج والتنفيذ والمراقبة حتى التقييم والتعلم.

التقييم والتحليل

يقدم الحد الأدنى لمعايير اسفير أساسًا لتقييم الاحتياجات وتحليلها في كل قطاع من خلال توفير قوائم تحقق في كل فصل. كما تساعد معايير اسفير، في بداية الأزمة، في التعرف على الاحتياجات الماسة وإعطاء الأولوية للأنشطة التي سوف تلبي تلك الاحتياجات مع أرقام التخطيط والحد الأدنى لمستويات المساعدة المحددة عالميًا. فهي تساعد على وضع الحد الأدنى لنتائج الاستجابة واسعة النطاق. لذلك تُستخدم المعايير أيضًا في تحسين التنسيق بين المنظمات والقطاعات.

تطوير الاستراتيجية وتصميم البرنامج

يدعم المعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدنيا تخطيط الاستجابات لتقديم المساعدة الإنسانية المناسبة في الوقت المناسب للفئات الأشد احتياجًا. وتُعد المشاركة الكاملة للسكان المتضررين والتنسيق مع السلطات الوطنية والمحلية أمر ضروري لتطبيق هذا الأمر في جميع القطاعات.

وتقدم الإجراءات والمؤشرات الأساسية إطار عمل لتحديد الأولويات وأرقام التخطيط والتنسيق بين القطاعات. ويساعد ذلك في ضمان تعزيز الاستجابات لبعضها البعض ودعم القدرة الخاصة بالسكان في تلبية احتياجاتهم. وتحدد الإجراءات والمؤشرات الأساسية جودة المساعدة التي يجب تحقيقها. كما تقدم أيضًا أساسًا لإجراء تحليل استجابة يحدد أفضل الطرق لتلبية الاحتياجات المحددة والحد من الآثار الجانبية الضارة المحتملة.

ويشمل تخطيط البرنامج عادةً تحليلًا لخيارات الاستجابة المتعددة، مثل تقديم البضائع العينية والمساعدة القائمة على النقد وتقديم الخدمات المباشرة والمساعدة التقنية أو مزيجًا مما سبق. وعادةً ما تتطور المجموعة المحددة من خيارات الاستجابة المُختارة بمرور الوقت. حيث تُركز الحدود الدنيا على ما يجب فعله وليس على كيفية تقديم المساعدة.

تُستخدم المساعدات المعتمدة على النقد، وهي أحد أشكال البرمجة المعتمدة على السوق، بشكل متزايد لتلبية الاحتياجات الإنسانية. حيث أُدمجت اعتبارات المساعدة القائمة على النقد في جميع فصول الدليل. ويمكن استخدام المساعدة القائمة على النقد لتلبية احتياجات قطاعات متعددة، بالإضافة إلى الاحتياجات الخاصة بقطاعات محددة. كما يمكن استخدامها لمواجهة الممارسات التمييزية التي تقيد من وصول النساء إلى، واتخاذ القرار حول، إدارة الأصول. وقد تمثل المنح متعددة الأغراض طريقة فعالة لتقديم المساعدة وتلبية المعايير بين القطاعات. ويجب أن تسترشد جميع المساعدات القائمة على النقد بتحليلات متعددة القطاعات للاحتياجات والديناميات في سياقها والأداء الوظيفي للسوق و تقييم الجدوى.

ولا تعتبر جميع القطاعات ملائمة تمامًا للبرمجة القائمة على السوق. وهكذا يكون الحال خاصةً لمزودي الخدمات المباشرة أو المساعدة التقنية. كما قد يختار مزودو الصحة والتغذية دعم الوصول إلى مزودي الخدمات الصحية القائمة وتدخلات الصحة العامة المحلية التي لا تعمل كالأسواق.

ولتحديد أفضل الطرق لتقديم المساعدة ستكون هناك حاجة إلى إجراء استشارات مع السكان وتحليل الأسواق والمعرفة بطرق تقديم الخدمة وفهم سلسلة الإمداد والقدرات اللوجيستية. ويجب مراجعة تحليل تلك الاستجابة بمرور الوقت عندما يتغير الوضع ⊕ انظر الملحق: تقديم المساعدات عبر الأسواق.

الوصول إلى الوضع الحالي والاتجاهات على مر الزمن

- من المتضرر؟
- الاحتياجات ونقاط الضعف
- استراتيجيات التأقلك والقدرات
- نازحين؟ متنقلين؟
- ما هي أولويات الأناس المتضررين؟

- تهديدات ومخاطر على الحماية
- الوضع الأمني وسلطة القانون
- الوصول إلى المساعدة
- الوصول إلى الناس المحتاجين؟
- التغيرات الموسومة في المخاطر

- الأطراف المعنية وعلاقات السلطة
- سعة المستجيبين ونيتهم
- خطط استجابة السلطات والأطراف الفاعلة الأخرى
- دور سكان البلد المضيف

- السلع والخدمات المتاحة
- أنظمة الأسواق وسلاسل التوريد
- سعة البنية التحتية
- مقدمو الخدمات (المالية والخدمات الأخرى)
- القدرات اللوجستية والقيود

↓

التحليل وتحديد الأولويات

ما المشكلات التي يجب معالجتها؟ لأي مجموعات من الأشخاص؟ في أي منطقة جغرافية؟ في أي إطار زمني؟ ما هي المعايير؟

↓

استعراض الخيارات وأخذ قرار حول كيفية توصيل الاستجابة

اعتبار الخيارات المتاحة في السياق الخاص بك:

- التوصيل المباشر للخدمة
- توزيع السلعة
- المساعدة التقنية
- البرمجة المبنية على السوق
- المساعدة المبنية على النقد

قارن بين الخيارات واختر على أساس تقييم:

- الإلحاحية وحسن التوقيت
- الجدوى
- القدرات
- الكرامة
- تهديدات الحماية والمخاطر
- الفعالية وفعالية التكلفة
- التكيف
- الملكية القومية
- سياسة الحكومة

↓

تصميم برنامج مبني على الجودة والمسؤولية

عناصر جوهرية

- بيانات التفرقة من حيث الجنس والعمر والإعاقة
- الضعف والحماية
- الاستدامة

التواصل والمساءلة

- ردود الأفعال وآليات الشكوى
- التنسيق
- المشاركة المجتمعية المنتظمة

رصد السياق والعملية والتطور والنتائج

- اختيار المؤشرات
- الفرز المناسب للبيانات

المرحلة الانتقالية واستراتيجيات الخروج

- التفاعل المحلي والملكية
- النظم الوطنية والملكية
- الشراكات

فهم السياق لتطبيق المعايير (شكل رقم ١)

التنفيذ

في حالة عدم إمكانية تلبية معايير اسفير لجميع أو بعض المجموعات من الأشخاص المتضررين، فيجب إجراء تحقيق حول سبب ذلك وتفسير سبب حدوث الفجوات والأمور التي تحتاج إلى تغيير. قم بتقدير الآثار السلبية متضمنة الحماية ومخاطر الصحة العامة. وتوثيق هذه المسائل والعمل بفاعلية مع القطاعات الأخرى والأشخاص المتضررين لتحديد الطرق الملائمة للحد من الضرر المحتمل.

المراقبة والتقييم والمساءلة والتعلم

تدعم المراقبة والتقييم والمساءلة قرارات الإدارة الصادرة في الوقت المناسب والقائمة على الأدلة. فهي تسمح للبرامج الإنسانية بالتكيف مع السياقات المتغيرة. ويحتوي كل معيار من المعايير الدنيا على مؤشرات يمكن مراقبتها لتحديد ما إذا كانت مطبقة أو مطبقة على قدم المساواة في جميع شرائح المجتمع أو كم الاحتياجات الأخرى التي يلزم القيام بها. كما يدعم التقييم التعلم في تحسين السياسة والممارسات المستقبلية وتعزيز المساءلة. كما تساهم أيضًا أنظمة المراقبة والتقييم والمساءلة في جهود التعلم الأوسع نطاقًا المتعلقة بالعمل الإنساني الفعال.

فهم مواطن الضعف والقدرات

يُستخدم مصطلح «الأشخاص» في الدليل بمعناه الأوسع ليعكس اعتقاد اسفير بأن لجميع الأفراد الحق في الحياة بكرامة، وبالتالي الحق في الحصول على المساعدة. وينبغي قراءة مصطلح «الناس» على أنه يشمل النساء والرجال والأولاد والفتيات بغض النظر عن عمرهم أو إعاقتهم أو جنسهم أو عرقهم أو حالتهم الصحية أو انتمائهم السياسي أو توجههم الجنسي أو الهوية الجنسية أو أي خصائص أخرى قد يستخدمونها في تعريف أنفسهم.

لا يتمتع جميع الأشخاص بنفس القدر من التحكم بالسلطة والموارد. يتمتع الأفراد والمجموعات ضمن مجموعة سكانية بقدرات واحتياجات وأوجه ضعف مختلفة تتغير بمرور الوقت. ويمكن أن تحد العوامل الفردية مثل العمر والجنس والإعاقة والوضع القانوني أو الصحي من الحصول على المساعدة. وقد تمثل تلك العوامل أو العوامل الأخرى أيضًا أساسًا للتمييز المقصود. ويعد الحوار المنهجي مع النساء والرجال والفتيات والأولاد من مختلف الأعمار والخلفيات – منفردين أو في مجموعات مختلطة – أمرًا أساسيًا للبرمجة الجيدة. كما لا يؤدي كون الإنسان صغيرًا أو كبيرًا أو امرأةً أو بنتًا أو شخصًا ذا إعاقة أو شخصًا ينتمي إلى أقليات عرقية في حد ذاته إلى تعرضه للخطر على الصعيد العالمي. وإنما بإمكان تفاعل العوامل في سياق معين تعزيز القدرات أو بناء القدرة على التكيف أو تقويض الحصول على المساعدة لأي فرد أو مجموعة.

قد تتعرض المجتمعات والمجموعات بالكامل في العديد من السياقات للخطر بسبب عيشهم في مناطق بعيدة أو غير آمنة أو يصعب الوصول إليها أو بسبب تباعدهم جغرافيًا مع قلة فرص حصولهم على المساعدة والحماية. وقد تفتقر المجموعات إلى الخدمات وتعاني من التمييز بسبب الجنس أو العرق أو اللغة أو انتمائهم الديني أو السياسي الذي يتطلب عناية خاصة ليعكس مبدأ عدم التحيز.

تكون الاستجابات الإنسانية أكثر شمولًا وجمعًا ويمكن أن تؤدي إلى نتائج أكثر استدامة عندما تشترك المجموعات المختلفة في تصميم البرنامج. ويعد شمول ومشاركة الأشخاص المتضررين أمرًا أساسيًا للحياة بكرامة.

فرز البيانات

في العديد من الحالات، يصعب العثور على أو تحديد بيانات مستوى الناس. ورغم ذلك، سوف تظهر البيانات المصنفة الاحتياجات المختلفة وتأثير الإجراءات على المجموعات المختلفة. وقد تشير البيانات المصنفة إلى أكثر الأشخاص تعرضًا للخطر وتبين ما إذا كانوا قادرين على الوصول إلى المساعدة الإنسانية واستخدامها، أو إذا كان هناك مزيد من الاحتياجات التي يلزم توفيرها لتصل إليهم. قم بفرز البيانات بالقدر الممكن ومن خلال فئات ملائمة للسياق لفهم الاختلافات القائمة على الجنس أو النوع أو العمر أو الإعاقة أو الجغرافيا أو العرق أو الدين أو الطوائف أو أي عوامل أخرى قد تحد من الحصول على المساعدة النزيهة.

استخدم نفس الفئات العمرية المستخدمة في أنظمة تجميع البيانات الوطنية لغرض الحصول على البيانات العامة عن العمر. واستخدِم الجدول التالي في حالة عدم وجود فئات عمرية وطنية: قد تكون هناك حاجة إلى مزيد من عمليات التصنيف لاستهداف مجموعات معينة مثل الرضع أو الأطفال أو الشباب أو النساء أو كبار السن.

الجنس	حالة الإعاقة	العمر									
		0–5	6–12	13–17	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
أنثى	بدون إعاقة										
	ذوو الإعاقة										
ذكر	بدون إعاقة										
	ذوو الإعاقة										

الأطفال

الأطفال يشكلون نسبة كبيرة من الأشخاص المتضررين من أي أزمة ولكن غالبًا ما يكونوا أقل وضوحًا. تختلف قدرات الأطفال واحتياجاتهم وفقًا لعمرهم البيولوجي ومرحلة التطور. ويجب اتخاذ تدابير خاصة لضمان حمايتهم من الضرر وتوفير إمكانية وصول متكافئة للخدمات الأساسية.

يواجه الأطفال خلال الأزمات مخاطر معينة مُهدِدة للحياة متضمنة سوء التغذية وانفصالهم عن أسرهم وتعرضهم للاتجار والتجنيد في المجموعات المسلحة والعنف البدني أو الجنسي أو سوء المعاملة، والتي يتطلب كل منها اتخاذ إجراء فوري.

غالبًا ما تتفاقم مخاطر الحماية بسبب عوامل عديدة. على سبيل المثال، يتعرض المراهقون والشباب في الغالب للتجنيد بواسطة القوات المسلحة والمجموعات المسلحة أو المشاركة في أسوأ أشكال عمالة الأطفال، في حين تتعرض المراهقات في الغالب للتجنيد لاستخدامهن في الرق الجنسي أو الإتجار بهن. وغالبًا ما يُهجر الأطفال ذوي الإعاقة أو يُهملوا. وتتطلب الفتيات ذوات الإعاقة عناية خاصة لأنهن أكثر عرضة لمخاطر العنف الجنسي والاستغلال الجنسي وسوء التغذية.

اسع حثيثًا للحصول على آراء الفتيات والأولاد من جميع الأعمار والخلفيات حتى يستطيعوا التأثير على كيفية تقديم المساعدة ومراقبتها وتقييمها. تنص اتفاقية حقوق الطفل على أن الطفل يعني أي شخص دون سن 18 عامًا. ثم قم بتحليل تعريف الأشخاص المتضررين للأطفال لضمان عدم استثناء أي طفل أو شاب من الحصول على المساعدة.

كبار السن

كبار السن وهم النسبة سريعة النمو من السكان في معظم الدول ولكن غالبًا ما يتعرضوا للإهمال خلال تقديم الاستجابة الإنسانية.

يرتبط اعتبار الشخص مسنًا في العديد من الثقافات بالظروف (مثل كونه جد) أو العلامات البدنية (مثل بياض الشعر)، وليس العمر. وفي حين أن الكثير من المصادر تعرف الشيخوخة بأنها عمر 60 عامًا فما أكثر، وقد يكون عمر 50 عامًا أكثر ملاءمة في السياقات التي تحدث بها الأزمات الإنسانية.

يقدم كبار السن المعارف والخبرات الخاصة باستراتيجيات التكيف، ويعملون كقائمين بالرعاية ومديري موارد ومنسقين ومدرّين للدخل. وغالبًا ما يجسد كبار السن التقاليد والتاريخ ويعملون كنقاط مرجعية ثقافية. ويمكن أن تزيد كلًا من العزلة والضعف البدني وتفكك الأسر وهياكل الدعم المجتمعي والأمراض المزمنة والصعوبات الوظيفية وتدهور القدرات العقلية من تعرض كبار السن للخطر في السياقات الإنسانية.

تأكد من استشارة كبار السن وإشراكهم في كل مرحلة من مراحل الاستجابة الإنسانية. وضع في الاعتبار خدمات ملائمة للعمر وخدمات وبيئات ومعلومات يمكن الوصول إليها، واستخدم البيانات المصنفة حسب العمر لمراقبة البرنامج وإدارته.

النوع

يشير النوع إلى الاختلافات المحددة اجتماعيًا بين النساء والرجال خلال دورة حياتهم. وقد يتغير ذلك بمرور الوقت داخل وعبر الثقافات والسياق. وغالبًا ما يحدد النوع الأدوار المختلفة والمسؤوليات والسلطة والوصول إلى موارد النساء والفتيات والأولاد والرجال. ويعد فهم هذه الاختلافات وكيفية تغيرها خلال الأزمة أمرًا شديد الأهمية للبرمجة الإنسانية الفعالة وتلبية حقوق الإنسان. كما يمكن أن تكون الأزمات فرصة لمعالجة عدم المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات والأولاد والرجال.

يختلف النوع عن الجنس، فهو يشير إلى الخصائص البيولوجية للشخص.

ولا يشمل النوع «النساء فقط» في حين أن النساء والفتيات غالبًا ما يواجهن قيودًا داخل الأدوار التي تقع على الجنسين، ويتأثر الرجال والأولاد أيضًا بتوقعات ذكورية صارمة. وتتطلب البرمجة المتعلقة بالمساواة بين الجنسين دمجهم من أجل تطوير علاقات أكثر مساواة والمشاركة المتكافئة للنساء والفتيات والرجال والأولاد.

العنف الجنساني

يصف العنف القائم على الجنس العنف على أساس الاختلافات النوعية بين الذكور والإناث. فهو يؤكد على أن عدم المساواة بين الذكور والإناث هو أساس معظم أشكال العنف المرتكبة ضد النساء والفتيات في جميع أنحاء العالم. ويمكن أن تضاعف الأزمات الكثير من أشكال العنف القائم على الجنس، متضمنةً عنف الشريك الحميم وزواج الأطفال والعنف الجنسي والإتجار.

تقع المسؤولية على المنظمات لاتخاذ جميع الخطوات اللازمة لمنع الاستغلال الجنسي وسوء معاملة جميع الأشخاص المتضررين من الأزمات، بما في ذلك خلال أنشطتهم. وعندما تثبت صحة مزاعم سوء السلوك، فمن المهم أن تُحمل السلطات المختصة مسؤولية تلك السلوكيات إلى مرتكبيها، وتتعامل مع هذه الحالات بطريقة شفافة.

ذوو الإعاقة

يعيش حوالي 15 بالمائة من سكان العالم ببعض أشكال الإعاقة. ويشمل ذوو الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من إعاقات بدنية أو عقلية أو فكرية أو حسية والتي، عند التفاعل مع مختلف العوائق، قد تعوق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

غالبًا ما يواجه ذوي الإعاقة في السياقات الإنسانية عوائق وعقبات بالبيئة المادية والنقل والمعلومات والاتصالات والمنشآت الإنسانية أو الخدمات. فيجب أن تضع برمجة الاستجابة والتأهب في الاعتبار قدرات واحتياجات ذوي الإعاقة جميعًا، وتبذل جهودًا متعمدة لإزالة العوائق الفيزيائية والتواصل والعوائق النابعة من المواقف نحو الوصول إليهم ومشاركتهم. وغالبًا ما تتفاقم المخاطر التي تتعرض لها النساء والفتيات ذوات الإعاقة بسبب عدم المساواة بين الجنسين والتمييز.

⊕ انظر المراجع: أسئلة مجموعة واشنطن لفرز البيانات عن طريق حالة الإعاقة و⊕ معايير الدمج الإنساني لكبار السن وذوي الإعاقة، لمزيد من المعلومات.

المصابون والمتضررون من مرض نقص المناعة البشرية

إن معرفة معدل انتشار مرض نقص المناعة البشرية في سياق معين أمر مهم لفهم مواطن الضعف والمخاطر وللإرشاد إلى استجابة فعالة. قد يؤدي النزوح إلى زيادة مخاطر التعرض لمرض نقص المناعة البشرية، ومن المحتمل أن تتسبب الأزمات في حدوث اضطرابات في خدمات الوقاية والاختبار والرعاية والعلاج والدعم. وغالبًا ما تكون هناك حاجة إلى اتخاذ تدابير خاصة للحماية من العنف والتمييز بين فئات السكان الأكثر عرضة للتمييز. ويمكن أن يتفاقم هذا الأمر بسبب عدم المساواة بين الجنسين والتمييز القائم على حالة الإعاقة والنوع والهوية والميول الجنسية. وقد يؤدي ذلك في المقابل إلى تثبيط المصابين بمرض نقص المناعة البشرية عن بحثهم عن الخدمات في الأزمات عند حدوث أي منها. كما يزيد العنف والتمييز واستراتيجيات التكيف السلبية، مثل المقايضة بالجنس، من مخاطر التعرض إلى انتقال مرض نقص المناعة البشرية، وخاصةً إلى النساء والفتيات ومجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وأحرار الهوية والميول الجنسية وحاملي صفات الجنسين. ويشمل الأفراد الأكثر عرضة للخطر الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومن يتعاطون المخدرات بالحقن والمشتغلين بالجنس ومغايري الهوية الجنسانية وذوي الإعاقة والسجناء والمحتجزين في سائر البيئات المغلقة ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية-معيار الصحة الجنسية والإنجابية 3.3.2: مرض نقص المناعة البشرية.

يمكن أن تؤدي عوامل مثل انخفاض الحركة بمرور الوقت وزيادة إمكانية وصول الخدمات إلى الأشخاص المتضررين من الأزمة إلى خفض مخاطر التعرض إلى مرض نقص المناعة البشرية. وتبدد أي مفاهيم خاطئة ممكنة حول وجود مصابين بنقص المناعة البشرية وزيادة انتشار مرض نقص المناعة البشرية لتجنب الممارسات التمييزية. كما يحق للمصابين بمرض نقص المناعة البشرية الحياة بكرامة وبدون تمييز، ويجب أن يتمتعوا بالحصول على الخدمات بشكل غير تمييزي.

المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية وحاملو صفات الجنسين وأحرار الهوية والميول الجنسية

غالبًا ما يكون الأشخاص المصنفون كمثليات ومثليين ومزدوجي الميل الجنسي مغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وأحرار الهوية والميول الجنسية أشد تعرضًا لخطر التمييز والوصمة والعنف الجنسي والبدني. فقد يواجهوا عوائق تحول دون حصولهم على الرعاية الصحية والمسكن والتعليم والتوظيف والمعلومات والتسهيلات الإنسانية. على سبيل المثال، غالبًا ما يواجه المثليات والمثليين ومزدوجي الميل

الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وأحرار الهوية والميول الجنسية تمييزًا في برامج المساعدة مثل مسكن الطوارئ أو توزيع الطعام. تؤثر تلك العوائق على صحتهم وبقائهم، وقد يكون لها عواقب طويلة المدى على الدمج. وتشمل استجابات حماية معينة وآمنة وشاملة أثناء الاستعداد والتخطيط. وتضمن مشاورات هادفة مع المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وأحرار الهوية والميول الجنسية والمنظمات في كل مرحلة من مراحل الاستجابة الإنسانية.

الدعم النفسي والاجتماعي الثقافي

يتفاعل الأشخاص بشكل مختلف مع ضغوط الأزمة الإنسانية. حيث يبدو البعض واقعًا تحت وطأة المحنة، خاصةً عند نزوحهم قسرًا أو تعرضهم للانفصال عن أسرهم أو نجاتهم من العنف أو تعرضهم مسبقًا لحالات متعلقة بالصحة العقلية. ويعتبر تقديم الخدمات الأساسية والأمن بطريقة ملائمة اجتماعيًا وثقافيًا أمرًا أساسيًا لمنع حدوث المحن بين الأشخاص المتضررين ومواجهة التمييز.

يؤدي تعزيز الدعم النفسي الاجتماعي والمساعدة الذاتية إلى إنشاء بيئة وقائية تسمح للمتضررين بمساعدة بعضهم البعض على التعافي الاجتماعي الوجداني. تعد التدخلات المركزة على الفرد أو العائلة أو المجموعة – متضمنة التدخلات السريرية – مهمة، ولكنه ليس من الضروري أن تكون مقدمة من العاملين في مجال الصحة العقلية. حيث يمكن تقديمها أيضًا بواسطة أشخاص مدربين وخاضعين للإشراف ⊕ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: الرعاية الصحية العقلية.

غالبًا ما يعبر الأشخاص المتضررين عن هوية روحية أو دينية، وقد يؤيدون جماعة دينية. ويعد ذلك جزء أساسي من استراتيجيات التكيف الخاصة بهم، ويؤثر على تقديم الاستجابة الملائمة عبر مجموعة واسعة من القطاعات. هناك دليل متزايد على استفادة الأشخاص المتضررين عندما يضع العاملين في المجال الإنساني هوية عقيدتهم في الاعتبار. وللجماعات الدينية القائمة قدرة كبيرة على المساهمة في أي استجابة إنسانية. يتطلب النهج المتمحور حول الإنسان وعي العاملين في المجال الإنساني بهوية عقيدة الأشخاص المتضررين. وتوجد مجموعة أدوات متزايدة لتحقيق ذلك.

فهم البيئة العملية

تحدث الاستجابة الإنسانية في سياقات مختلفة تمامًا بدءًا من السياق الحضري إلى الريفي، والصراع إلى البداية السريعة للكوارث، وغالبًا ما تحدث مجموعة منها بمرور الوقت. وسوف تعتمد فعالية الاستجابة في تلبية احتياجات الأشخاص المتضررين على عوامل جغرافية وأمنية واقتصادية وسياسية وبيئية. رغم تطور المعايير الدنيا لتركز على مساعدات إنقاذ الحياة الفورية، فهي تُطبق في الاستجابات الإنسانية التي تستمر لبضعة أيام أو أسابيع أو حتى سنوات. كما يجب أن تتغير الاستجابة الإنسانية وتتكيف بمرور الوقت وتتجنب أن تؤدي إلى خلق الاعتماد على المساعدات. وسوف يظهر تحليل مستمر للسياق والموقف عندما تتكيف البرامج مع البيئة المتغيرة مثل المشاكل الأمنية الجديدة أو القيود الموسمية مثل الفيضانات.

ويعتبر التقييم المستمر لكيفية تأثير الاستجابة على الديناميات المحلية مثل شراء البضائع والخدمات أو الاستعانة بوسائل النقل أمر أساسي للتأكد من أن العمل الإنساني لا يؤجج ديناميات الصراع ⊕ انظر مبادئ الحماية رقم 2. عندما يطول أمد الأزمات، فقد تضاعف نقاط الضعف المنهجية الأساسية من الاحتياجات ومواطن الضعف، مما يتطلب توفير حماية إضافية وبذل الجهود لبناء القدرة على التكيف. ويمكن معالجة بعض هذه الأمور بشكل أفضل من خلال أو بالتعاون مع الجهات الفاعلة في مجال التنمية.

تُلزم آليات التنسيق مثل نظام المجموعات بإنشاء تقسيم واضح للعمل والمسؤولية وكشف الثغرات في التغطية والجودة. فمن المهم منع ازدواجية الجهود وإهدار الموارد. ويمكن أن تؤدي مشاركة المعلومات والمعرفة بين الجهات المعنية، جنبًا إلى جنب مع التخطيط المشترك والأنشطة المدمجة إلى ضمان إدارة المنظمة للمخاطر بشكل أفضل وتحسينها لنتائج الاستجابة.

دعم الجهات الفاعلة الوطنية والمحلية

اعترافًا بالدور الرئيسي ومسؤولية الدولة المضيفة، يُرشد الدليل جميع المشتركين في الاستجابة الإنسانية والدور الذي يمكن أن تقوم به المنظمات الإنسانية في دعم تلك المسؤولية. وسوف يكون هناك تأثير حاسم في حالة الصراع لرغبة الجهات الفاعلة الحكومية أو غير الحكومية في تسهيل الوصول إلى السكان.

وسوف يتشكل دور الدولة في قيادة أو تنسيق استجابة بواسطة العديد من العوامل التي تتضمن:

- وجود جهة حكومية معنية بشكل خاص بتنسيق أو تنفيذ الاستجابة الإنسانية (غالبًا يُشار إليها بـ «هيئة أو منظمة إدارة الكوارث الوطنية»)؛
- دور وقوة الوزارات التنفيذية في وضع المعايير مثل معايير التغذية والأدوية الأساسية والطاقم الطبي؛
- عدم توفر مؤسسات الدولة الفاعلة مثلما يحدث في المناطق المتنازع عليها. قد تكون الجهات الفاعلة في المجال الإنساني بحاجة في تلك الحالات الاستثنائية إلى وضع آليات التنسيق الخاصة بها.

الأزمات طويلة الأمد

عندما يتضح أن الاستجابة الإنسانية سوف تستمر لأكثر من عدة أشهر أو سنوات، فيجب الوضع في الاعتبار طرق مختلفة لتلبية الاحتياجات ودعم الحياة بكرامة. استكشف فرص العمل مع مقدمي الخدمات الحاليين والسلطات المحلية والمجتمعات المحلية وشبكات الحماية الاجتماعية أو الجهات الفاعلة في مجال التنمية للمساعدة في تلبية احتياجاتهم. كما تحتاج عمليات التقييم إلى مراعاة السياق ومخاوف الحماية وكيفية التأثير على حقوق الأشخاص المتضررين. أشرك الأفراد من الجنسين وجميع الأعمار والإعاقات والخلفيات، متضمنة المجتمعات المحددة ذاتيًا، في التحليل والتقدير واتخاذ القرار والمراقبة والتقييم. واسعَ للحصول على حلول طويلة المدى ودائمة في أقرب وقت ممكن. وعندما تتوفر الفرصة أمام الجهات الفاعلة في المجال الإنساني لوضع حلول طويلة المدى، يكون لها الأسبقية على التدابير المؤقتة.

اعلم أن الأشخاص المتضررين غالبًا ما يكونوا هم أنفسهم أول من يستجيب لاحتياجاتهم الخاصة ويقومون بحماية أنفسهم. تقدم السلطات الوطنية والمحلية ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الدينية وغيرها مساعدة في غاية الأهمية. كُن على وعي بشبكات المساعدة الموجودة مسبقًا واكتشف طرق للدعم بدلًا من تقويضها أو تكرارها.

البيئات الحضرية

يجب على العاملين في المجال الإنساني الاستعداد للاستجابة في السياقات الحضرية وذلك بعد انتقال أعداد متزايدة من سكان العالم إلى البلدان والمدن. تختلف المناطق الحضرية عادةً عن السياقات الأخرى من حيث:

- **الكثافة:** حيث تكتظ بالسكان والمنازل والبنية التحتية والقوانين والثقافات في منطقة صغيرة نسبيًا؛
- **التنوع:** فهي مجموعات اجتماعية وعرقية وسياسية ولغوية ودينية واقتصادية متنوعة تعيش في منطقة متقاربة؛
- **الديناميات:** تعد البيئات الحضرية بيئات سلسة ومتغيرة وذات حركية مرتفعة وعلاقات قوة سريعة التغير.

ستكون البلدية غالبًا الجهة الحكومية الأساسية ذات العلاقات بالجهات الفاعلة والإدارات الحكومية الأخرى مثل الوزارات التنفيذية. فيجب تقدير الحصول على الخدمات الأساسية والأمن الغذائي وسبل المعيشة بعناية متضمنةً أي تمييز. ويستخدم سكان المدن والبلدات النقود في دفع الإيجار وشراء الطعام والحصول على الرعاية الصحية. تُطبق المعايير الدنيا للحياة بكرامة بغض النظر عن كيفية تقديم المساعدة.

يمكن استخدام معايير اسفير الدنيا لدعم نقاط دخول متعددة من أجل تقديم المساعدة في المناطق الحضرية، متضمنة أنحاء المستوطنات أو الأحياء أو من خلال المناهج القائمة على تحديد المنطقة الجغرافية. يمكن ان تقدم المجموعات الناشئة ذات الاهتمامات المشتركة مثل المدارس والأندية والمجموعات النسائية وسائقي التاكسي نقاط دخول مفيدة. ويمكن أن يكون العمل مع الجهات الفاعلة المحلية (مثل القطاع الخاص والحكومة المحلية ورؤساء الأحياء والفئات المجتمعية) أمر حيوي في إعادة تشغيل الخدمات القائمة ودعمها وتعزيزها بدلًا من استبدالها. ضع في الاعتبار كيف يمكن أن تدعم المساعدات الإنسانية تخطيط الاستثمارات البلدية وخلق قيمة خلال الأزمة وعلى المدى الطويل.

وكما يحدث في أي بيئة، يجب أن يراعي تحليل السياق في البيئات الحضرية الموارد والفرص القائمة مثل التجارة والنقد والتكنولوجيا والأماكن العامة وذوي مجموعة المهارات المتخصصة والتنوع الاجتماعي والثقافي، جنبًا إلى جنب مع المخاطر وأوجه الحماية. كما يجب أن يُرشد التحليل خيارات الاستجابة والاختيار النهائي حول طريقة التسليم، مثل اتخاذ القرار بتقديم مساعدات عينية أو نقدية (وأفضل الطرق للقيام بذلك). ويوفر الاقتصاد القائم على النقد للبلدات والمدن فرص شراكات للبلدات والمدن مع جهات فاعلة في الأسواق والتكنولوجيا، والتي قد تُسهل من استخدام المساعدة القائمة على النقد.

المستوطنات البشرية الجماعية

تعد المستوطنات البشرية الجماعية والمخيمات، بالإضافة إلى المراكز الجماعية والمستوطنات التلقائية، منازل للملايين من السكان المعرضين للنزوح القسري. ويمكن استخدام معايير اسفير لضمان جودة المساعدة في البيئات المجتمعية كما يمكنها أيضًا المساعدة في التعرف على أولويات البرامج متعددة القطاعات لمواجهة مخاوف الصحة العامة والوصول إلى الخدمات الأساسية في المستوطنات التلقائية.

يمكن أن تسهم القدرة المخصصة على إدارة المخيمات في المستوطنات البشرية الجماعية في تحقيق قدر أكبر من المساءلة وتقديم منسق للخدمات. ورغم ذلك، تشكل المستوطنات البشرية الجماعية مخاطر معينة على الحماية. على سبيل المثال، عند الحرمان من حق حرية التنقل من أجل ترك المستوطنة، فقد لا يستطيع السكان الوصول إلى الأسواق أو الحصول على فرص سبل كسب العيش. ويجب أيضًا إيلاء اهتمام خاص بالمجتمعات المضيفة لأن الاختلافات الحقيقية أو المزعومة في المعاملة قد تؤدي إلى تصعيد التوترات أو الصراع. فالدعوة في هذه الحالات إلى بيئات بديلة مشابهة للمخيمات وتلبية احتياجات المجتمع المضيف أيضًا يمكن أن تساعد في ضمان قدرة الأشخاص المتضررين على الحياة بكرامة.

الأوضاع المتعلقة بالقوات العسكرية المحلية أو الدولية

عندما تستجيب المنظمات الإنسانية في نفس المنطقة، كالقوات العسكرية المحلية والدولية، فمن المهم الوعي بصلاحيات كل منها وطريقة عملها وقدراتها وحدودها. وقد تجد المنظمات الإنسانية أنفسها في حالات النزاع والصراع تعمل عن كثب مع مجموعة من القوات العسكرية، متضمنة قوات الحكومة المضيفة ومجموعات مسلحة غير حكومية وقوات حفظ السلام الدولية. يجب أن تلاحظ الجهات الفاعلة في المجال الإنساني أن الحكومات المضيفة ملزمة بتقديم المساعدة والحماية للسكان المتضررين من الأزمات داخل الإقليم. وغالبًا ما تُكلف القوات العسكرية المحلية بالقيام بذلك.

كما يجب أن تُرشد المبادئ الإنسانية جميع الحوارات الإنسانية العسكرية والتنسيق على جميع المستويات ومراحل التفاعل. تعد مشاركة المعلومات وتقسيم المهام ثلاثة عناصر أساسية للتنسيق المدني العسكري الفعال. وعلى الرغم من أن مشاركة المعلومات بين الجهات الفاعلة الإنسانية والعسكرية قد تحدث، إلا أنها يجب أن تعتمد على سياق الأنشطة العملية. ويجب ألا تشارك الوكالات الإنسانية المعلومات التي تعطي ميزة تكتيكية لأحد أطراف الصراع أو تعرض المدنيين للخطر.

قد تحتاج المنظمات الإنسانية في بعض الأحيان إلى استخدام القدرات الفريدة للقوات العسكرية لدعم العمليات البشرية. يجب أن يكون الدعم العسكري للمنظمات البشرية قاصرًا على دعم البنية التحتية والمساعدات غير المباشرة؛ حيث تكون المساعدة المباشرة حل أخير.

وللتعاون مع القوات العسكرية تأثير حقيقي أو مزعوم على حيادية المنظمات البشرية واستقلالها العملياتي، لذلك يجب وضعه في الاعتبار بعناية مقدمًا. ويجب أن تُوجه وثائق الإرشاد المتفق عليها عالميًا أي ترتيبات للتنسيق الإنساني العسكري ⊕ انظر الالتزام رقم 6 بالمعيار الإنساني العالمي و المراجع.

التأثير البيئي في الاستجابة الإنسانية

تعد البيئة التي يعيش ويعمل بها الناس أمر أساسي لصحتهم ورفاهيتهم وتعافيهم من الأزمة. ويمكن أن يساعد فهم كيفية اعتماد الأشخاص المتضررين على البيئة من أجل تعافيهم ورفاهيتهم أيضًا في تصميم البرنامج ويؤدي إلى استجابة أكثر استدامة للتكيف مع الصدمات المستقبلية والحد من المخاطر المستقبلية.

تؤثر العمليات البشرية على البيئة بشكل مباشر وغير مباشر. ولذلك يجب أن تقدر الاستجابة الإنسانية الفعالة المخاطر البيئية بعناية، جنبًا إلى جنب مع التقديرات الأوسع نطاقًا وتحليل الحالة. كما يجب أن تحد البرامج من تأثيرها البيئي وتضع في الاعتبار كيف يمكن استخدام المشتريات أو المواصلات أو اختيار المواد أو الأرض واستخدام الموارد الطبيعية في حماية البيئة أو زيادة تدهورها ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنات رقم 7: الاستدامة البيئية.

تعتبر الدول والمناطق التي تواجه الفقر، بالإضافة إلى القدرة المؤسسية الهشة ونظام بيئي هش، أكثر عرضة لخطر الكوارث الطبيعية وعدم الاستقرار مما يخلق حلقة مفرغة من التدهور الاجتماعي والبيئي. ولهذا الأمر تأثير على الصحة والتعليم وسبل العيش والأبعاد الأمنية الأخرى والكرامة والرفاهية. وتعد الاستدامة البيئية مكون مهم للاستجابة الإنسانية عالية الجودة ⊕ انظر التزامات المعيار الإنساني الأساسي رقم 3و 9 و معيار المأوى والمستوطنات رقم 7 الاستدامة البيئية.

ملحق
تقديم المساعدات عبر الأسواق

يكمل هذا الملحق مقدمة دليل اسفير، مقدمًا مزيد من المعلومات وإرشادًا حول استخدام الأسواق لتحقيق المعايير الدنيا ومساعدة السكان في تلبية احتياجاتهم في أعقاب الأزمة. فهو يبني على الفصول الأساسية ويُشار إليه في الفصول التقنية. على هذا النحو، يعتبر الملحق جزء لا يتجزأ من دليل اسفير. من أجل الاستجابة بفاعلية، على الجهات الفاعلة في المجال الإنساني فهم الاحتياجات اللازمة، بالإضافة إلى كيفية تلبيتها عمليًا. وأحد أجزاء هذا التحليل هو فهم كيفية عمل الأسواق ومعرفة البضائع والخدمات المتوفرة على المستوى المحلي والوطني والإقليمي والدولي. ويسمح هذا الفهم أيضًا للبرامج الإنسانية بدعم - أو على الأقل عدم الإخلال- الأسواق أثناء الاستجابة.

تحليل السوق كجزء من تحليل الاستجابة

بمجرد تقييم الاحتياجات والقدرات لتحديد الأولويات، يجب تحليل الطرق المختلفة للاستجابة لتلك الاحتياجات وتلبيتها. ويجب أن يضمن تحليل الاستجابة وضع المخاطر العملياتية والبرنامجية والسياقية والفرص في الاعتبار عند تحديد كيفية تقديم المساعدة. ويسمى ذلك أحيانًا بـ «اختيار النمط».

ويتطلب تحديد أفضل الطرق للمساعدة في تلبية الاحتياجات ما يلي:

- فرز البيانات حسب أولويتها والطريقة التي يرغب السكان من خلالها الحصول على المساعدة وبين القطاعات وبمرور الوقت؛
- فهم مواطن الضعف الاقتصادية الموجودة مسبقًا أو الناشئة عن الأزمة.

كجزء من التحليل، يساعد تحليل السوق على تحديد الطرق التي قد تكون أكثر فاعلية لتلبية الاحتياجات ذات الأولوية: المساعدة العينية أو توفير الخدمات أو المساعدة القائمة على النقد أو مزيج من هذه الخيارات في السياق. سوف يساعد تحليل السوق على تحديد أي قيود على الأسواق، متضمنة مشاكل العرض والطلب أو السياسات أو الأعراف أو القواعد أو البنية التحتية التي تحد من عمل السوق.

يجب أن يكون خيار الاستجابة أيًا كان مراعيًا للسوق ويسعى جاهدًا إلى حماية سبل العيش والوظائف والمشاريع المحلية. تستند اسفير على احترام أساسي للسكان المتضررين من الأزمات ودعم اختياراتهم من أجل تعافيهم. وذلك عن طريق مراعاة طريقة تفاعل السكان مع الأسواق المحلية للحصول على البضائع والخدمات والدخل، كما يدعم تحليل السوق النهج المتمحور حول الإنسان.

البرمجة كما تستند

يمكن تقديم المساعدة العامة من خلال الأسواق بعدة طرق على المستوى المحلي أو الوطني أو الإقليمي. ويمكن أن تستخدم البرمجة المعتمدة على السوق بشكل مباشر لتقديم المساعدة، أو يمكن دعم الأسواق لخدمة الأشخاص المتضررين بشكل أفضل.

- تدعم مشتريات السلع المحلية والإقليمية والمواد غير الغذائية جانب العرض بالسوق.
- تساعد المساعدة المعتمدة على النقد السكان في شراء البضائع أو الخدمات المتوفرة محليًا، وتدعم جانب الطلب بالسوق.

- يقوم دعم البنية التحتية، مثل تحسين طرق الوصول إلى الأسواق أو الإصلاحات مثل القوانين لمنع تثبيت السعر، بتقديم الدعم للسوق حتى يتمكن من خدمة الأشخاص المتضررين بشكل أفضل.

وعادةً ما يؤثر الجنس أو العرق أو الإعاقة بشكل مباشر على الوصول المادي والمالي والاجتماعي إلى الأسواق. فكيف يصل الرجال والشباب وكبار السن إلى الأسواق بشكل مختلف؟ هل التجار من عرق معين قادرين على الحصول على التسهيلات الائتمانية؟ تؤثر هذه العوامل وغيرها من العوامل على درجة مشاركة الأفراد بفاعلية في الأسواق.

ينبغي موازنة الاعتبارات الأخلاقية والبيئية عند تطوير البرامج القائمة على السوق. وذلك لضمان أن الأسواق التي تستغل الموارد الطبيعية والأنظمة البيئية والبيئة بشكل مفرط غير مطورة بطريقة تعرض السكان لمزيد من الخطر.

البضائع والخدمات والأسواق: يجب وضع كلًا من البضائع والخدمات في الاعتبار عند الاستجابة للاحتياجات الإنسانية ذات الأولوية. تتضمن معظم معايير اسفير تقديم بعض أنواع السلع أو الحصول على البضائع. ورغم ذلك، تتميز القطاعات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم بتقديم أو تحسين الحصول على الخدمات، وقد لا يعد التقديم عبر الأسواق أحد الخيارات المتاحة. ويجب اتخاذ خطوات - عند العمل مع مقدمي خدمات آخرين أو مقاولين فرعيين - لمراقبة جودة الخدمات والمنتجات معهم عن كثب ⊕ انظر معيار النظم الصحية 1.4: تمويل الصحة.

تكون البرامج القائمة على السوق التي تدعم الحصول على الخدمات بشكل غير مباشر ملائمة في بعض الحالات. ويمكن أن تدعم المساعدة القائمة على النقد النقل إلى المرافق الصحية أو الحصول على الخدمات التعليمية (شراء الزي المدرسي والمواد). ويقدم تعقب نفقات الأسرة بيانات واضحة عن تكلفة الحصول على الخدمات، متضمنة الخدمات التي يجب أن تقدم بالمجان. ويجب أن تكون مراقبة نفقات الأسرة مدعومة دائمًا بمراقبة نتائج المساعدة النقدية.

يمكن أن تضع القطاعات المعتمدة على الخدمات في الاعتبار البرمجة القائمة على السوق للبضائع مثل الناموسيات المعالجة بمبيدات وإمدادات التغذية التكميلية والأدوية عند تلبيتها معايير الجودة ⊕ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة.

ستبرز الحاجة في معظم السياقات إلى مجموعة من التدخلات القائمة على السوق ومن المرجح أن تكون البرامج القائمة على السوق مدعومة بأنشطة أخرى كتلك التي تقدم المساعدة التقنية. وسوف تتطور هذه المجموعة على مدار البرنامج، وقد تتحول من المساعدة العينية إلى النقدية أو القسائم أو العكس. كما تعد مراقبة السوق، جنبًا إلى جنب مع مراقبة البرنامج، مهمة للتأكيد على أو تعديل شكل المساعدة.

ويتعين إجراء التعاون بين سلسلة الإمداد واللوجيستيات ووظائف البرنامج في جميع الأوقات. لمزيد من الإرشاد حول الأدوات التي تدعم هذا الاختيار والتحليل ⊕ انظر المراجع.

قوائم التحقق

قائمة التحقق للمساعدة القائمة على النقد

يقدم هذا القسم قائمة بالاعتبارات لتقديم المساعدة خلال الأسواق، وهي تتبع دورة إدارة البرنامج وتتضمن عناصر مهمة أخرى يجب مراعاتها عند اعتماد هذا النهج لتلبية المعايير الدنيا. وسيكون كل سياق مختلف، وستتباين خيارات آليات التقديم بناءً على البنية التحتية وحماية البيانات وفاعلية التكلفة والإدماج المالي.

تصميم البرنامج

- تستند معايير الاستهداف على أهداف البرنامج وتتضمن اعتبارات المساعدة المعتمدة على النقد.
- ضع في الاعتبار بعناية أي الأشخاص داخل الأسرة الذين يتعين حصولهم على المساعدة المعتمدة على النقد، مسترشدًا بتقدير مخاطر واضح ومقدرًا أي شواغل تتعلق بالحماية.
- حدد آليات آمنة ويسهل الحصول عليها وفعالة للتقديم بناءً على السياق والأهداف وحجم البرنامج، بالإضافة إلى الإلمام بالأمور المالية للمتلقين وتفضيلاتهم.
- احسب مبلغ التحويل بناءً على الاحتياجات التي يلزم تغطيتها وتكلفة تلبية تلك الاحتياجات.
- حدد عدد مرات التحويل والمدة بناءً على الاحتياجات والموسمية والقدرة المالية لمقدم الخدمات ومخاطر الحماية.
- اتبع نهج متعدد القطاعات عندما يكون ذلك ممكنًا وقابلًا للتنفيذ.
- حدد المشكلات الرئيسية والمؤشرات المتعلقة لمراقبة مستويات العمل والنشاط والنتائج والمحصلات.

التنفيذ

- قم بإدراج الاعتبارات الخاصة بالسياق وأي أبعاد أخرى ذات صلة في العروض المالية لمقدم الخدمة، وضع معايير واضحة للاختيار.
- ضع في الاعتبار استخدام آليات تقديم قائمة وشائعة بالفعل من أجل الحماية الاجتماعية.
- قم بإعداد سجل للمتلقين ونظم تحديد الهوية الملائمة لآلية التقديم ولحماية البيانات الشخصية.
- تأكد من أن التسجيل وتحديد الهوية يغطي البيانات التي يتطلبها مقدم الخدمات المالية.
- طبِّق ووثِق تدابير حماية البيانات.
- ضع آليات للبيانات الرقمية بالتعاون مع المنظمات المختلفة بالمدى الممكن («الأنظمة القابلة للتشغيل المتبادل»).
- حدد بوضوح إجراءات وأدوار ومسؤوليات عملية التوصيل النقدية، بالإضافة إلى آليات إدارة المخاطر.
- تأكد من أن عملية تقديم المساعدة المعتمدة على النقد يسهل الوصول إليها وفعالة.
- تأكد من إمكانية حصول جميع المجموعات المتضررة على آلية التقديم التي وقع عليها الاختيار خلال عمر المشروع.
- تأكد من حصول المتلقين على معلومات حول أهداف البرنامج ومدة المساعدة المعتمدة على النقد حتى يتمكنوا من اتخاذ قرارات إنفاق مستنيرة.
- تأكد من خضوع مقدمي الخدمات المالية للمساءلة أمام المتلقين خلال الإدارة التعاقدية والمراقبة ⊕ انظر التزامات المعيار الإنساني الأساسي رقم 4 و5.

المراقبة والتقييم والتعلم

- ارصد المساعدة المعتمدة على النقد المتعلقة بالعمليات والأنشطة والنتائج والمخاطر، متضمنة المراقبة بعد التوزيع.
- ارصد ما إذا كان الشخص الملائم قد تلقى النقد أو الفواتير بأمان وفي الوقت وبالمبلغ المحدد.
- ارصد الأسواق وسلاسل الإمداد الخاصة بها باستمرار إلى جانب مراقبة الأسعار.
- ارصد نفقات الأسرة وتأكد من بيانات مراقبة السوق لتقدير ما إذا كانت هناك إمكانية لتلبية الاحتياجات من خلال المساعدة المعتمدة على النقد وخفض استراتيجيات التكيف.
- ارصد المخاطر المحتملة للمساعدة النقدية، متضمنة مخاطر الحماية والأثر السلبي على الموارد الطبيعية.
- قَيِّم النتائج المتعلقة بالمساعدة المعتمدة على النقد.
- قَيِّم بانتظام ما إذا كان خيار المساعدة القائمة على النقد فعالًا في تلبية الاحتياجات المتغيرة، وقم بتكييف البرنامج بناءً على ذلك وادعم التعلم المستمر للبرامج المستقبلية.

قائمة التحقق لإدارة سلسلة الإمداد واللوجيستيات

يقدم هذا القسم قائمة بالاعتبارات الخاصة بإدارة سلسلة الإمداد و التدابير اللوجستية. وهي تتبع دورة إدارة البرنامج وتتضمن عناصر مهمة أخرى يجب مراعاتها.

إدارة سلسلة الإمداد وهي تبدأ باختيار السلعة أو الخدمة. وتتضمن تحديد مصدر الأشياء اللازمة والشراء وإدارة الجودة وإدارة المخاطر (متضمنة التأمين) والتغليف والشحن والنقل والتخزين وإدارة المخزون والتسليم والتوزيع. وتتضمن إدارة سلسلة الإمداد العديد من الشركاء المختلفين وهي مهمة لتنسيق الأنشطة ⊕ انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 6.

هناك حاجة إلى خبرات خاصة بإدارة سلسلة الإمداد. وتتضمن أنواع معينة من الخبرات ذات الصلة إدارة العقود والنقل وإدارة المستودعات وإدارة المخزون وتحليل خطوط الإمداد وإدارة المعلومات وتتبع الشحنات وإدارة الواردات. ويجب أن تضمن ممارسات الإدارة والمراقبة توفير الحماية للسلع حتى نقاط التوزيع. ورغم ذلك، تعتبر المنظمات الإنسانية مسؤولة أيضًا عن ضمان وصول المنتجات والخدمات (متضمنة خدمات المساعدة المعتمدة على النقد) إلى الأشخاص المحتاجين للمساعدة.

تحفز عمليات الشراء المحلية والإقليمية الأسواق المحلية التي يمكنها إعطاء الفلاحين والمصنعين حافز لزيادة الإنتاج ومن ثم تعزيز الاقتصاد المحلي. ورغم ذلك، يمكن أن تسبب عمليات الشراء المحلية أو الإقليمية مشاكل في الأسواق الأخرى أو تعطل الشبكات التجارية الأخرى القائمة. وعلى العكس، يمكن أن يؤدي الاستيراد إلى تزاحم الإجراءات المحلية أو الإقليمية وتعطيل أيضًا الشبكات التجارية القائمة.

تصميم البرنامج

- قَدِّر التوافر المحلي، للبضائع اللازمة قبل توريدها من خارج المنطقة.
- ضع في الاعتبار العمل مع شركات نقل محلية وإقليمية شهيرة لديها معرفة قيّمة باللوائح المحلية والإجراءات والتسهيلات ويمكنها المساعدة في ضمان الامتثال لقوانين الدولة المضيفة والتعجيل بالتسليم.
- يجب القيام بما يلي في بيئة الصراع؛ تطبيق عملية تدقيق صارمة مخصصة على مقدمي الخدمات.
- التأكد بعناية من أن التوريد المحلي لا يسبب أو يؤدي إلى تفاقم الحالة العدائية.
- ضع في الاعتبار ما إذا كان أي استخدام للموارد البشرية مستدامًا وما إذا كان الاستخدام قد يؤدي إلى المزيد من الصراع على الموارد.
- ضع إجراء شفاف عادل ومفتوح لمنح العقود، واضعًا في الاعتبار الخيارات المحلية والوطنية والدولية.
- قم بالتنسيق للتوريد المحلي بالمدى الممكن عند مشاركة العديد من المنظمات.

التنفيذ

- قم ببناء علاقات جيدة مع الموردين والتجار المحليين ومقدمي الخدمات.
- نفِّذ الجودة الملائمة للبضائع والخدمات من خلال العقود، بالإضافة إلى الممارسات الأخلاقية والبيئية المستدامة.
- قم بالتدريب والإشراف على الموظفين على جميع مستويات سلسلة الإمداد للحفاظ على جودة المنتج والالتزام بها وإجراءات السلامة (للمتلقين والموظفين) بالإضافة إلى الممارسات الأخلاقية والبيئية المستدامة.
- أدرج موظفين من المنظمات الشريكة ومقدمي الخدمات في التدريبات وقدم التدريب باللغة المحلية.
- ضع إجراءات المساءلة متضمنة التوريد والنقل والتخطيط للتخزين وإدارة المخزون والإبلاغ والأنظمة المالية.

- تجنب استخدام الطعام في الدفع للعمليات اللوجيستية مثل التفريغ في المستودعات. يجب إدراج هذه التكاليف في الميزانية الأساسية.
- يُوصى بتوفير مستودعات منفصلة للمواد الغذائية وغير الغذائية. تأكد عند اختيار مستودع من عدم استخدامه لتخزين البضائع الخطرة وعدم وجود خطر بحدوث تلوث. وتشمل العوامل التي يجب وضعها في الاعتبار ما يلي: الأمن والقدرة وسهولة الوصول والصلابة الهيكلية وغياب أي تهديد بالفيضانات.
- قم بتقييم وإدارة مخاطر على أمن طرق النقل والمستودعات.
- انشئ أنظمة للمراقبة وقم بالإشراف على جميع مراحل سلسلة الإمداد للحد من مخاطر أعمال النهب أو الاستيلاء من الاطراف المتحاربة.
- قم بتحليل ومعالجة الآثار السياسية والأمنية الأوسع نطاقًا مثل إمكانية تأجيج المخزونات المُحرفة عن هدفها للنزاع المسلح ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 2.
- قم بالحد من خسائر المنتجات والإبلاغ عنها على جميع مستويات سلسلة الإمداد.
- قم بمعاينة السلع التالفة أو غير المناسبة بواسطة مفتشين مؤهلين ومعتمدين (مثل خبراء السلامة الغذائية ومعامل الصحة العامة) للتخلص منها.
- تخلص من السلع التالفة بسرعة قبل أن تصبح خطِرة صحيًا أو أمنيًا. تتضمن طرق التخلص من السلع البيع (على سبيل المثال، استخدام الطعام كعلف حيواني) والدفن أو الحرق المصرح به والذي يجب أن يجرى بحضور السلطات المختصة. وفي جميع الحالات، يجب عدم إدخال السلع غير المناسبة مرة أخرى إلى سلسلة الإمداد أو الإضرار بالبيئة أو تلويث مصادر المياه ⊕ انظر معايير إدارة النفايات الصلبة رقم 1.5 إلى 3.5.
- تشمل احتياجات الإدارة اليومية الإبلاغ السريع والشفاف عن أي تأخيرات أو انتهاكات في سلسلة الإمداد. قم بتوفير التوثيقات والنماذج الكافية باللغة المحلية في جميع المواقع التي تُستلم بها البضائع وتُخزن و/ أو تُرسل. ويضمن القيام بذلك توفير سجل مراجعة موثق للعمليات.

المراقبة والتقييم والتعلم

- قم برصد وإدارة خطوط الأنابيب لتجنب انحراف التوزيعات عن مسارها أو انقطاعها، بالإضافة إلى تجنب الاختلال السوقي.
- أبلغ الجهات المعنية بانتظام عن أداء جهود سلسلة الإمداد.
- شارك بمعلومات متعلقة بمستويات المخزون والوصول المتوقع والتوزيعات بين الجهات المعنية بسلسلة الإمداد. واستخدِم تعقب مستويات المخزون لتسليط الضوء على العجز والمشاكل المتوقعة في الوقت المناسب. يمكن أن تؤدي مشاركة المعلومات بين الشركاء إلى تسهيل الحصول على القروض التي تحول دون انقطاع خطوط الإمداد. في حالة عدم وجود موارد كافية، فستكون هناك حاجة إلى تحديد السلع ذات الأولوية. تشاور مع الجهات المعنية عند وضع الحلول في الاعتبار.
- اضمن انعكاس المساءلة وآليات التواصل على خصائص عمليات التقديم.
- تأكد من وجود أنظمة متابعة مسار السلع وإدارة المعلومات من بداية التدخل.
- قَيِّم بانتظام ما إذا كان خيار المساعدة فعالًا في تلبية الاحتياجات المتغيرة، وقم بتكييف البرنامج بناءً على ذلك، وادعم التعلم المستمر للبرامج المستقبلية.

المراجع ومزيد من المطالعات

فهم مواطن الضعف والقدرات

Washington Group Questions. Washington Group on Disability Statistics. www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/

البرمجة القائمة على الإيمان

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-andpsychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith

تحليل السوق والبرمجة القائمة على السوق

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org/downloads/calp-minimum-requirements-en-rev-web.pdf

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org/files/galleries/1750_MERS_3rd_Edition_PDF.pdf

المساعدة القائمة على النقد

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. http://pqtoolbox.cashlearning.org/

إدارة سلسلة الإمداد والتدابير اللوجستية

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. http://dlca.logcluster.org/display/LOG/Logistics+Operational+Guide+%28LOG%29+Home

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org/document/oxfam-market-systems-and-scenarios-ctp-rag-model-2013

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org/sites/default/files/wfp_trade_logistics_assessment_2014.pdf

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org/cargo-tracking

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA. https://www.humanitarianresponse.info/en/topics/environment/page/logistics

الميثاق الإنساني

الميثـاق الإنساني

يوفر الميثـاق الإنساني الخلفية الأخلاقية والقانونية لمبادئ الحماية، وللمعايير الدنيا والمعيار الإنساني الأساسي الواردة في هذا الدليل. وهو من ناحية بمثابة بيان لحقوق والتزامات قانونية موجودة، ومن ناحية أخرى فهو بيان إيمان مشترك.

فمن حيث الحقوق والالتزامات القانونية، فإن الميثاق الإنساني يلخص أكثر المبادئ القانونية الأساسية صلة برعاية متضرري الكوارث أو النزاعات. أما من حيث الإيمان المشترك، فإنه يحاول تجسيد توافق الآراء فيما بين الوكالات الإنسانية حول المبادئ التي ينبغي أن تحكم الاستجابة للكوارث أو النزاعات، ويتضمن ذلك أدوار مختلف الجهات المعنية ومسؤولياتها.

ويُشكل الميثاق الإنساني أساساً لالتزام الوكالات الإنسانية التي تؤيد «اسفير»، ودعوة إلى كافة المنخرطين في مجـال العمل الإنساني لتبني المبادئ نفسها.

معتقداتنا

1. يعبر الميثـاق الإنساني عن قناعتنا المشتركة كوكالات إنسانية بأن جميع متضرري الكوارث أو النزاعات لديهم حق تلقي الحماية والمساعدة لضمان الشروط الأساسية من أجل الحياة بكرامة، ونحن نؤمن بأن المبادئ الواردة في هذا الميثـاق الإنساني هي مبادئ عالمية، تنطبق على كافة متضرري الكوارث أو النزاعات أينما كانوا، وكذلك على جميع أولئك الذين يسعون إلى مساعدتهم أو توفير الأمن من أجلهم. وتتجسد هذه المبادئ في القانون الدولي، بيد أنها تستمد قوتها في نهاية المطاف من المبدأ الأخلاقي الأساسي **للإنسانية** الذي مفاده: أن كافة الناس يولدون أحرارا، ومتساوين في الكرامة والحقوق. وانطلاقا من هذا المبدأ، فإننا نؤكد على أولوية **الواجب الإنساني:** الذي يقضي باتخاذ التدابير اللازمة لتفادي المعاناة الإنسانية الناجمة عن الكوارث أو النزاعات، أو التخفيف من حدتها، وأنه لا ينبغي تجاوز هذا المبدأ بأي حال من الأحوال.

وكوكالات إنسانية محلية ووطنية ودولية، فإننا نلتزم بتعزيز مبادئ هذا الميثـاق والالتزام بها، كما نلتزم بتلبية المعايير الدنيا لاسفير في جهودنا الرامية إلى مساعدة أولئك المتضررين وحمايتهم. ونحن ندعو جميع المنخرطين في الأنشطة الإنسانية، بما في ذلك الجهات الفاعلة من القطاعين الحكومي والخاص، إلى الموافقة على المبادئ والحقوق والواجبات المشتركة المبينة أدناه، باعتبارها بيان معتقدات إنسانية مشتركة.

دورنا

2. نعترف بأن الحاجات الأساسية لمتضرري الكوارث أو النزاعات إنما تـُلبى بفضل جهودهم الخاصة في المقام الأول، ومن خلال الدعم الذي تقدمه المؤسسات المجتمعية والمحلية. كما نعترف بأولوية دور الدولة المتضررة ومسؤوليتها فيما يتعلق بتوفير المساعدة للمتضررين في الوقت المناسب، وبضمان حماية الناس وأمنهم، وبتوفير الدعم من أجل انتعاشهم. ونحن نؤمن بأن السبيل الحاسم نحو الوقاية والاستجابة بشكل فعال يتمثل في مزيج من العمل الرسمي والطوعي، وفي هذا الصدد، فإن الجمعيات الوطنية لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وغيرها من جهات المجتمع المدني الفاعلة، لديها دور أساسي يدعم السلطات العامة. وحيثما تكون القدرات الوطنية غير كافية، فإننا نؤكد على دور المجتمع الدولي الأوسع نطاقاً في مساعدة الدول على

الوفاء بمسؤولياتها، بما في ذلك الجهات المانحة الحكومية والمنظمات الإقليمية. ونحن نعترف بالأدوار الخاصة التي تضطلع بها الوكالات المكلفة لدى الأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر، وندعم هذه الأدوار.

3. نحدد دورنا كوكالات إنسانية، فيما يتعلق بحاجات الفئات السكانية المتضررة وقدراتها، ومسؤوليات حكوماتها أو القوى المسيطرة عليها. ويعكس دورنا في تقديم المساعدة الإنسانية حقيقة مفادها أن الجهات التي تقع عليها مسؤولية المساعدة في المقام الأول ليست قادرة دائما على الاضطلاع بهذا الدور بنفسها بشكل كامل، أو قد لا تكون مستعدة للقيام به. وسنقوم قدر الإمكان بدعم الجهود التي تبذلها السلطات ذات الصلة من أجل حماية المتضررين ومساعدتهم، بما يتسق مع تلبية الواجب الإنساني وغيره من المبادئ المنصوص عليها في هذا الميثاق، وندعو كافة الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية إلى احترام دور الوكالات الإنسانية الذي يتسم بالاستقلالية، وعدم التحيز أو التحزب، كما ندعوها إلى تسهيل عملها، وذلك من خلال إزالة الحواجز القانونية والعملية غير الضرورية، وكفالة سلامتها، والسماح لها بالوصول إلى الفئات السكانية المتضررة بشكل متسق وفي الوقت المناسب.

المبادئ والحقوق والواجبات المشتركة

4. نقدم خدماتنا بوصفنا وكالات إنسانية تعترف بحقوق كافة المتضررين من الكوارث أو النزاعات - النساء والرجال والفتيان والفتيات - مستلهمين في ذلك مبادئ الإنسانية والواجب الإنساني. ويشمل ذلك الحق في الحماية والمساعدة الذي تجسده نصوص القانون الدولي الإنساني، وقانون اللاجئين وحقوق الإنسان. لأغراض هذا الميثاق، فإننا نقدم فيما يلي موجزاً لهذه الحقوق:

- **الحق في الحياة بكرامة**
- **الحق في الحصول على المساعدات الإنسانية**
- **الحق في الحماية والأمن.**

وعلى الرغم من عدم ورود نصوص بهذا الشأن في القانون الدولي، فهي تجسد مجموعة من الحقوق القانونية المقررة، وتعطي مضموناً أكثر شمولاً للواجب الإنساني.

5. **الحق في الحياة بكرامة** الذي تجسده أحكام القانون الدولي، وتحديدا التدابير المعنية بحقوق الإنسان فيما يتعلق بالحق في الحياة، وفقا لمستوى معيشي لائق، وعدم التعرض لضروب التعذيب، أو أشكال المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وينطوي الحق في الحياة على واجب المحافظة على الحياة أينما تتعرض للتهديد. ويتضمن ذلك واجب عدم حجب تقديم المساعدة المنقذة للحياة أو تثبيطها. أما الكرامة، فتنطوي على أكثر من مجرد الرفاه البدني، فهي تتطلب الاحترام الكامل للشخص، بما في ذلك قيم ومعتقدات الأفراد والمجتمعات المحلية المتضررة، واحترام حقوقهم الإنسانية، بما في ذلك الحرية، وحرية الوجدان، والحرية الدينية.

6. **الحق في تلقي المساعدات الإنسانية** هو عنصر أساسي في الحق في الحياة بكرامة. وهو ينطوي على تحقيق مستوى معيشي لائق، يتضمن ما يكفي من الغذاء والمياه والملبس والإيواء، والمتطلبات اللازمة للحياة بصحة جيدة، وهو حق يضمنه القانون الدولي صراحة. وتتجسد هذه الحقوق في المعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدنيا، التي تعطيها واقعا عمليا، وتحديدا فيما يتعلق بتقديم المساعدة إلى متضرري الكوارث أو النزاعات. ونحن نؤمن بأنه أينما وُجدت مجالات لا تقدم فيها الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية مثل هذه المساعدة بنفسها، فإنه يتوجب على هذه الجهات حينئذ السماح للغير بالمساعدة على القيام بذلك. ويتوجب تقديم أي مساعدة من هذا القبيل وفقا لمبدأ **عدم التحيز**، الذي يتطلب أن يتم تقديمها على أساس الحاجة فقط، وبما يتناسب مع هذه الحاجة. وهذا يعكس مبدأ **عدم التمييز** الأوسع نطاقا الذي مفاده: أنه لا ينبغي التمييز ضد أي شخص بسبب وضعه، من حيث العمر، أو نوع الجنس، أو الأصل، أو اللون، أو العرق،

أو التوجه الجنسي، أو اللغة، أو المعتقد الديني، أو الإعاقة، أو الحالة الصحية، أو الرأي سواءً كان سياسياً أو غيره، أو الأصل القومي أو الاجتماعي.

7. **يتأصل الحق في الحماية والأمن** في أحكام القانون الدولي، وقرارات الأمم المتحدة، والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى، وكذلك في المسؤولية السيادية للدول التي تكفل من خلالها حماية جميع الخاضعين لولايتها. وتحظى السلامة والأمن باهتمام إنساني خاص، ويتضمن ذلك توفير الحماية للاجئين والنازحين داخل بلدهم. وحسب إقرار القانون، فقد يتعرض بعض الناس بشكل خاص للإساءة والتمييز الضار بسبب وضعهم، من حيث العمر أو نوع الجنس أو العرق، وربما يستلزم الأمر اتخاذ تدابير خاصة من أجل توفير الحماية لهم ومساعدتهم. ونحن نعتقد أنه في حالة افتقار الدولة إلى القدرة اللازمة لحماية الناس في مثل هذه الظروف، فإنه يتوجب عليها التماس المساعدة الدولية من أجل القيام بذلك.

وجدير بالذكر أن القانون المتعلق بحماية المدنيين والنازحين يتطلب إيلاء اهتمام خاص بالنقاط الواردة أدناه:

i. خلال **النزاعات المسلحة،** وفقاً لتعريف القانون الدولي الإنساني، يوجد نص قانوني محدد يمنح الحماية والمساعدة لغير المشاركين في النزاع. ولا سيما ما تفرضه اتفاقيات جنيف عام 1949، وبروتوكولاها الإضافيان لعام 1977، من التزامات على أطراف النزاعات المسلحة سواءً كانت دولية أو غير دولية. ونحن نشدد على الحصانة العامة للسكان المدنيين ضد الهجمات والعمليات الانتقامية، كما نشدد على وجه الخصوص على أهمية:

- مبدأ **التمييز** بين المدنيين والمقاتلين، وبين الأهداف المدنية والأهداف العسكرية؛
- وعلى مبدأ **التناسب** في استخدام القوة، **والتحوط** في الهجوم؛
- وعلى واجب الامتناع عن استخدام الأسلحة العشوائية، أو التي تسبب بحكم طبيعتها إصابات زائدة أو معاناة لا داعي لها؛
- وكذلك على واجب السماح بتقديم الإغاثة بدون تحيز .

فكثير من المعاناة، التي يمكن تجنبها، التي تسببها النزاعات المسلحة للمدنيين، نابع من عدم احترام هذه المبادئ الأساسية.

ii. **لا يزال الحق في التماس اللجوء أو الملاذ** أمرا حيوياً من أجل حماية أولئك الذين يواجهون اضطهاداً أو عنفاً. فكثيراً ما يجبر أولئك المتضررين من الكوارث أو النزاعات على اللوذ فرارا من ديارهم بحثاً عن الأمن والحاجات المعيشية الضرورية. وتوفر أحكام اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين (تعديلاتها) وغيرها من المعاهدات الدولية والإقليمية، ضمانات أساسية لغير القادرين على الاستظلال بحماية بلد جنسيتهم أو إقامتهم، ويضطرون إلى التماس الأمان في بلد آخر. وعلى رأس هذه المبادئ، مبدأ **عدم الإعادة القسرية** الذي مفاده: أنه لا يتعين إعادة أحد إلى بلد تتعرض فيه حياته أو حريته أو أمنه البدني إلى التهديد، أو إلى حيث يحتمل أن يتعرض لضروب التعذيب أو غيره من أشكال المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة وينطبق المبدأ نفسه بالتبعية على النازحين داخل بلدهم، وذلك على النحو الوارد في القانون الدولي لحقوق الإنسان، وكما نصت عليه المبادئ التوجيهية التي وضعت عام 1998 بشأن النزوح الداخلي، وما يتصل بذلك من قوانين إقليمية ووطنية.

التزامنا

8. نحن نقدم خدماتنا من منطلق إيماننا بأن الفئات السكانية المتضررة تقع في صلب العمل الإنساني، ونقر بأن مشاركتها مشاركة نشطة هي أمر أساسي لتقديم المساعدة بطرق تلبي حاجاتهم على أفضل وجه، ويتضمن ذلك المستضعفين والمستبعدين اجتماعيا. ونسعى إلى دعم الجهود المحلية لتفادي الكوارث والتأهب لها والاستجابة لها، وكذلك بالنسبة لآثار النزاعات، وتعزيز قدرات الجهات الفاعلة المحلية على كافة المستويات.

9. نحن ندرك أن المحاولات الرامية إلى توفير المساعدة الإنسانية قد تـُحدث في بعض الأحيان آثارا سلبية غير مقصودة. ولذلك، فإننا نهدف من خلال التعاون مع المجتمعات المحلية المتضررة ومع السلطات، إلى التقليل قدر الإمكان مما قد يطال المجتمع المحلي أو البيئة من أي آثار سلبية للعمل الإنساني. أما فيما يتعلق بالنزاع المسلح، فإننا ندرك أن الطريقة التي يتم بها تقديم المساعدة الإنسانية قد تجعل من زيادة تعرض المدنيين للهجوم أمرا محتملاً، أو قد تتسبب أحيانا بشكل غير مقصود في إعطاء ميزة إلى طرف أو أكثر من أطراف النزاع. وعلى ذلك، فنحن ملتزمون بالتقليل إلى أدنى حد ممكن من مثل هذه الآثار الضارة، بما يتفق مع المبادئ المذكورة آنفاً.

10. سنعمل وفقاً لمبادئ العمل الإنساني المنصوص عليها في هذا الميثـاق، وفي ضوء توجيهات حددتها مدونة قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث (عام 1994).

11. تعطي المعيار الإنساني الأساسي و المعايير الدنيا مضمونا عمليا للمبادئ المشتركة في هذا الميثـاق، استنادا إلى فهم الوكالات لمتطلبات الحد الأدنى الأساسي اللازم للحياة الكريمة، وإلى تجاربها في تقديم المساعدة في المجـال الإنساني. وعلى الرغم من اعتماد تحقيق هذه المعايير على مجموعة من العوامل، قد يقع أكثرها خارج دائرة سيطرتنا، إلا أننا ملتزمون دائما بمحاولة تحقيقها، وعلى استعداد لقبول المساءلة عن ذلك. كما ندعو كافة الأطراف، بما في ذلك الحكومات المتضررة والحكومات المانحة، وكذلك المنظمات الدولية والجهات الفاعلة من القطاع الخاص، والجهات الفاعلة غير الحكومية، إلى اعتماد تلك المعيار الإنساني الأساسي و المعايير الدنيا كمعايير مقبولة.

12. نلتزم ببذل كل جهد ممكن لضمان حصول متضرري الكوارث أو النزاعات على ما لا يقل عن الحد الأدنى من المتطلبات اللازمة للحياة بكرامة وأمن، وذلك انطلاقا من الالتزام بالمعايير الدنيا لاسفير و المعيار الإنساني الأساسي، ويتضمن ذلك ما يكفي من المياه والإصحاح والأغذية والتغذية والمأوى والرعاية الصحية . وتحقيقا لهذه الغاية، فإننا سنواصل دعوة الدول والأطراف المعنية الأخرى إلى الوفاء بالتزاماتها الأخلاقية والقانونية تجاه الفئات السكانية المتضررة. ومن جانبنا، فإننا نعمل على جعل استجاباتنا أكثر فعالية وملاءمة وقابلية للمساءلة، من خلال إجراء تقدير ورصد سليمين لتطورات السياق المحلي، ومن خلال تحقيق الشفافية في المعلومات وفي صنع القرار، وكذلك من خلال التنسيق والتعاون بشكل أكثر فعالية على كافة المستويات مع الجهات الأخرى ذات الصلة، وذلك على النحو الوارد تفصيله في المعايير الدنيا والمعايير الأساسية. ونلتزم على وجه الخصوص بالعمل في شراكة مع الفئات السكانية المتضررة، والتركيز على مشاركتها في أعمال الاستجابة مشاركة نشطة. ونسلم بحتمية مسؤوليتنا بشكل أساسي تجاه أولئك الذين نساعدهم .

مبادئ الحماية

الميثاق الإنساني

مبادئ الحماية

مبدأ 1

تعزيز سلامة الناس وكرامتهم وحقوقهم وتجنيبهم التعرض لمزيد من الأذى

مبدأ 2

ضمان وصول الناس للمساعدة غير المتحيزة وفقًا لاحتياجاتهم وبدون أي تمييز

مبدأ 3

مساعدة الناس على التعافي من الآثار الجسدية والنفسية الناجمة عن التعرض للتهديد أو العنف

مبدأ 4

مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم

الملحق ملخص المعايير المهنية لأعمال الحماية

المحتويات

مبادئ الحماية

تنطبق أربعة مبادئ للحماية على جميع الأعمال الإنسانية وعلى جميع الجهات الفاعلة في المجال الإنساني.

1. تعزيز سلامة الناس وكرامتهم وحقوقهم وتجنيبهم التعرض للأذى.
2. ضمان وصول الناس للمساعدة وفقًا لاحتياجاتهم وبدون أي تمييز.
3. مساعدة الناس على التعافي من الآثار الجسدية والنفسية الناجمة عن التعرض للتهديد أو للعنف أو الإكراه أو الحرمان المتعمد.
4. مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم.

تدعم مبادئ الحماية الحقوق الواردة في الميثاق الإنساني وهي: الحق في الحياة بكرامة، والحق في تلقي المساعدة الإنسانية، والحق في الحصول على الحماية والأمان. وتوضح المبادئ الدور الذي يمكن أن تؤديه الجهات الفاعلة في المجال الإنساني للمساعدة في حماية للناس. وتُعد أدوار و مسؤوليات الجهات الفاعلة في المجال الإنساني ثانوية بالنسبة للأدوار والمسؤوليات التي تتحملها الدولة، حيث. تتحمل الدولة أو السلطات الأخرى المسؤولية القانونية عن رعاية الناس داخل أراضيها أو الأراضي التي تقع تحت سيطرتها، وعن سلامة المدنيين في فترات النزاع المسلح. وفي نهاية المطاف، من واجب هذه السلطات ضمان سلامة الناس وأمنهم من خلال اتخاذ الإجراءات المناسبة أو التقييد. ويتمثل دور الجهات الفاعلة في المجال الإنساني في إقناع السلطات وتشجيعها على الاضطلاع بمسؤولياتها، وإذا فشلت السلطات في ذلك، فعندئذٍ تساعد هذه الجهات الناس على التعامل مع العواقب.

يقدم هذا الفصل إرشادات حول كيفية مساهمة المنظمات الإنسانية في توفير الحماية من خلال مساعدة الناس على البقاء في أمان، وعلى حصولهم على المساعدة اللازمة، وعلى التعافي من أحداث العنف، والمطالبة بحقوقهم.

يهتم مبدأ الحماية بأمان الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات المسلحة وبكرامتهم وحقوقهم. وتُعرف اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات الحماية بأنها:
«...كافة الأنشطة التي تهدف إلى تحقيق الاحترام الكامل لحقوق الأفراد وفقًا لنص القوانين ذات الصلة وروحها (مثل القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني والقانون الدولي للّجوء).»
وبمعنى أعمّ، تشمل الحماية جميع الجهود التي تبذلها الجهات الفاعلة في المجال الإنساني وفي مجال حقوق الإنسان لضمان فهم حقوق الأشخاص المتضررين والتزامات الجهات المسؤولة بموجب القانون الدولي واحترامها وحمايتها وتطبيقها دون تمييز.
تتعلق الحماية باتخاذ إجراءات لإبقاء الأشخاص في مأمن من العنف والإكراه والحرمان المتعمد. وغالبًا ما توجد مجموعة ذات أولوية من الشواغل المتعلقة بالحماية التي تؤثر على مجتمعات بأكملها ضمن أي سياق إنساني معين، وعندها يكون الإجراء المتفق عليه أساسياً للتعامل مع هذه الشواغل بفعالية. ولكي تكون الاستجابة الإنسانية موجهة نحو توفير الحماية، فمن المهم فهم المخاطر الرئيسية التي يتعرض لها المتضررون ومعالجتها؛ ومنها الأضرار الجسيمة الناجمة عن عدم احترام القانون الإنساني الدولي أو قانون اللجوء أو قوانين حقوق الإنسان.

وضع المبادئ في حيز التنفيذ

ينبغي لأي شخص يُطبق معايير «اسفير» الدُنيا الاسترشاد بمبادئ الحماية حتى لو لم يكن لديه تفويض حماية أو قدرة متخصصة في مجال الحماية. ويتضمن ذلك فهم السياق واتخاذ الخطوات المناسبة لمنع الانتهاكات والمخاطر التي تهدد أمان الناس أو الحد منها أو إنهائها. ويعد من الضروري توفير المعلومات اللازمة ودعم قدرة الناس على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن أوضاعهم الخاصة وبشأن تعافيهم.

وينبغي للجهات الفاعلة في مجال الحماية المتخصصة أن تفي بهذه المبادئ بالإضافة إلى الوفاء بمعايير تكميلية محددة. وتتولى الجهات الفاعلة المتخصصة في الحماية أعمالًا مستقلة تركز على مجالات اهتمام محددة مثل:

- حماية الطفل؛
- العنف القائم على النوع الاجتماعي؛
- حقوق الإسكان والأراضي والممتلكات؛
- التدابير المتعلقة بالألغام؛
- العدالة وسيادة القانون؛
- الاستشارات القانونية؛
- مناصري حقوق الإنسان والمدافعين عنها؛
- الأشخاص النازحين داخليًا؛
- حقوق اللاجئين.

⊕ انظر المراجع في نهاية الفصل والملحق: المعايير المهنية لأعمال الحماية التي تشمل البحث عن الأسر وتجديد الوثائق وحماية البيانات ومجالات أخرى.

أنشطة الحماية

يمكن أن تشمل الأنشطة المتعلقة بالحماية أنشطة وقائية أو أنشطة استجابة أو أنشطة تصحيحية وبناء البيئة. ويتطلب التمسك بمبادئ الحماية تنفيذ مجموعة من هذه الأنشطة.

- **الوقائية: تفادي حدوث ما يهدد سلامة الفرد أو كرامته أو حقوقه** أو الحد من تعرضه لهذه التهديدات وقابلية التضرر منها.
- **الاستجابة: وقف الانتهاكات أو الإساءات المستمرة** من خلال الاستجابة الفورية لحوادث العنف والإكراه والحرمان.
- **التصحيحية: توفير حلول إصلاحية للإساءات الجارية أو الماضية** من خلال تقديم الرعاية الصحية (بما في ذلك الدعم النفسي الاجتماعي) أو المساعدة القانونية أو غير ذلك من أشكال الدعم لمساعدة الناس على استعادة كرامتهم.
- **بناء البيئة:** المساهمة في تهيئة البيئة السياسية والاجتماعية والثقافية والمؤسساتية والقانونية التي تدعم الاحترام الكامل لحقوق السكان المتضررين. ويشمل ذلك التشجيع على احترام الحقوق وفقًا لما ورد في القانون الدولي.

وتعد **المناصرة**، سواء كانت عامة أو خاصة، عنصرًا مشتركًا بين أنواع الأنشطة الأربعة. وعندما تنجم التهديدات الموجهة إلى السكان المتضررين عن قرارات أو إجراءات أو سياسات متعمدة، يجب على المنظمات الإنسانية أو منظمات حقوق الإنسان الدعوة إلى تغيير مثل هذه القرارات أو الإجراءات أو السياسات التي تهدد حقوق السكان المتضررين. وقد يشمل ذلك التأثير على سلوك الشخص أو المنظمة التي تُشكل تهديدًا أو تغيير سلوكه،

بالإضافة إلى السعي لتغيير السياسات التمييزية أو الأطر القانونية. وقد يشمل ذلك أيضًا دعم الجهود الذاتية التي يبذلها الناس للحفاظ على سلامتهم والحد من تعرضهم للمخاطر.

مبدأ الحماية 1:

تعزيز سلامة الناس وكرامتهم وحقوقهم وتجنيبهم التعرض للأذى

تتخذ الجهات الفاعلة في المجال الإنساني خطوات للحد من المخاطر الشاملة التي يتعرض لها الناس ومن استضعافهم، بما في ذلك وضع حد للآثار السلبية المحتملة للبرامج الإنسانية.

يشمل هذا المبدأ:

- فهم مخاطر الحماية ضمن سياقها.
- تقديم المساعدة اللازمة للحد من المخاطر التي قد يواجهها الناس عند تلبية احتياجاتهم بكرامة.
- تقديم المساعدة في بيئة لا يتعرض فيها الناس للمزيد من المخاطر الجسدية أو العنف أو الإساءة.
- دعم قدرة الناس على حماية أنفسهم.

ومن الأمور الجوهرية في هذا المبدأ أهمية تجنب الآثار السلبية التي تسببها البرامج الإنسانية ⊕ انظر «الالتزام بالمعايير الإنسانية الأساسية 3».

ملاحظات إرشادية

تحليل السياق: فهم السياق وتوقع عواقب العمل الإنساني التي قد تؤثر على سلامة السكان المتضررين وعلى كرامتهم وحقوقهم. ويجب العمل مع شركاء ومجموعات من النساء والرجال والفتيان والفتيات المتضررين لإجراء تحليل دوري للمخاطر مع تغير الوضع بمرور الوقت.

القائمة التالية ليست شاملة، ولكن يمكن أن تشكل أساسًا لهذا التحليل:

- ما التهديدات والمخاطر ومواطن الاستضعاف المتعلقة بالحماية التي يتضرر منها جميع السكان؟ ما قدرات السكان التي تمكنهم من الحد من هذه المخاطر والتهديدات؟
- هل هناك مجموعات تواجه مخاطر محددة؟ ولماذا؟ ضع في الاعتبار الفئات التي تعاني من التمييز على أساس العرق أو الطوائف أو الطبقة الاجتماعية أو الجنس أو النوع أو السن أو الإعاقة أو الميول الجنسية.
- هل تمنع هذه العقبات الناس من تلقي المساعدات أو المشاركة في اتخاذ القرارات؟ قد تتضمن هذه العقبات العوائق الأمنية أو الاجتماعية أو المادية أو طريقة تقديم المعلومات.
- ما الذي تفعله المجتمعات المحلية لحماية أنفسها؟ كيف يمكن للمنظمات الإنسانية دعم هذه الجهود و عدم تقويضها؟ هل هناك مخاطر يتعرض لها من يحمون أنفسهم؟
- هل ينخرط الناس في آليات تكيّف سلبية مثل المقايضة بالجنس أو الزواج المبكر أو عمالة الأطفال أو الهجرة المحفوفة بالمخاطر؟ ما الذي يمكن عمله للتخفيف من مواطن الضرر والضعف الأساسية؟
- هل للأنشطة الإنسانية نتائج سلبية غير مقصودة مثل تعريض الناس للخطر عند نقاط التوزيع، أو التسبب في حدوث انقسام داخل المجتمع المحلي أو مع المجتمعات المضيفة؟ ما الذي يمكن فعله للحد من هذه المخاطر؟

- هل هناك قوانين عقابية تشكل خطرًا على الحماية، مثل الاختبار الإلزامي لفيروس نقص المناعة البشرية، أو تجريم العلاقات الجنسية المِثلية، أو غيرها؟

يجب إعداد آليات تبادل المعلومات وآليات المساءلة مع المجتمعات والحفاظ عليها، بما في ذلك المجتمعات المعرضة للخطر، لتحديد مشكلات الحماية ومعالجتها.

تجنب التواطؤ في انتهاكات حقوق الأشخاص من خلال الأنشطة التي تُضفي شرعية على السياسات والممارسات التي تسبب المشكلة. وقد تشمل الأمثلة الأنشطة التي تسمح بنقل السكان قسريًا لأسباب سياسية أو عسكرية، أو التي تؤدي إلى زيادة الصراع بشكل غير مباشر من خلال الاختيار العشوائي للشركاء أو المقاولين التجاريين.

قد ينطوي هذا التحليل على اختيارات وقرارات صعبة، ولكن ينبغي مراعاتها ومراجعتها مع تغير الظروف.

المساعدات الإنسانية: قد تؤدي الطريقة التي تُقدم من خلالها المساعدات والبيئة التي تُقدم فيها، إلى جعل الأشخاص أكثر عرضة للضرر أو العنف أو الإكراه.

- لذلك ينبغي تقديم المساعدة في أمن بيئة ممكنة والبحث بشكل فعال عن طرق للحد من التهديدات والقضاء على مواطن الضرر والضعف. على سبيل المثال: توفير التعليم والرعاية الصحية في المواقع التي يستطيع كافة الناس الوصول إليها بأمان ⊕ انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ «INEE».
- اتخاذ جميع الخطوات المعقولة عند تقديم المساعدة وإدارتها لحماية الناس من الاعتداء الجسدي والجنسي. على سبيل المثال، قد تتعرض السلع القيّمة أو المساعدات النقدية للنهب مما يعرض المستلمين لخطر الضرر.
- مساعدة الناس على العثور على خيارات آمنة لتلبية الاحتياجات الأساسية بطريقة تحد من التعرض للمخاطر. على سبيل المثال: توفير بدائل الوقود التي تقلل من الحاجة إلى جمع الحطب في البيئات الخطرة.
- تصميم أنشطة تحمي الفتيات والفتيان ولا ينتج عنها مخاطر إضافية، مثل تجنيد الأطفال أو اختطافهم أو فصلهم عن الأسرة ⊕ انظر دليل المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني «CPMS».
- التنسيق مع السلطات الحكومية والمنظمات المتخصصة بشأن إزالة الألغام الأرضية والذخائر غير المنفجرة من المناطق التي تُقدم بها المساعدة ⊕ انظر المعايير الدولية لمكافحة الألغام.
- مراعاة أي تأثير غير مقصود يقع على البيئة ويمكن أن يؤثر على سلامة الناس وكرامتهم وحقوقهم.
- التشاور مع قطاعات مختلفة من المجتمع، بما في ذلك المجموعات المعرضة للخطر والمنظمات التي يثقون بها لفهم أفضل طريقة يمكن من خلالها تقديم المساعدة لهم. على سبيل المثال: العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقة لمعرفة كيفية تقديم المساعدة لهم. وينبغي ألا تتعرض سلامتهم أو سلامة من يثقون بهم لتلقي المساعدات نيابة عنهم لأي مخاطر أخرى.

آليات حماية المجتمع: فهم الوسائل التي يحاول الأشخاص من خلالها حماية أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعاتهم. ويجب دعم مبادرات المساعدة الذاتية بقيادة المجتمع المحلي. كما يجب ألا تضر التدخلات الإنسانية بقدرات الناس على حماية أنفسهم وحماية الآخرين.

معلومات حساسة: تأكد من عدم تعرض الناس للخطر بسبب الطريقة التي تُسجِّل بها الجهات الفاعلة في المجال الإنساني معلوماتهم وتشاركها. كما يجب وضع سياسة بشأن جمع المعلومات الحساسة والإشارة إليها. وينبغي أن تحدد هذه السياسة الظروف التي يجوز بموجبها الإشارة إلى تلك المعلومات، واحترام مبدأ الموافقة المستنيرة. وقد يؤدي الإخفاق في ذلك إلى تعريض سلامة الناجين والموظفين للخطر.

مبدأ الحماية 2:
ضمان تلقي الناس للمساعدة وفقًا لاحتياجاتهم وبدون أي تمييز

تحدد الجهات الفاعلة في المجال الإنساني العقبات التي تحول دون الوصول إلى المساعدات، وتتخذ الخطوات اللازمة لضمان توفيرها بما يتناسب مع الحاجة وبدون تمييز.

يشمل هذا المبدأ:

- التصدي لأي إجراء ينتج عنه حرمان متعمد للناس من حاجاتهم الأساسية باستخدام القوانين والمبادئ الإنسانية العامة ذات الصلة ⊕ راجع الميثاق الإنساني.
- ضمان تلقي الأشخاص للدعم على أساس الحاجة وعدم التمييز ضدهم على أي أسس أخرى.
- ضمان حصول جميع شرائح السكان المتضررين على المساعدات.

ومن الأمور الأساسية في هذا المبدأ فكرة ضرورة حصول المجتمعات المحلية على المساعدات الإنسانية التي تحتاجها ⊕ انظر الالتزام رقم 2 بالمعيار الإنساني الأساسي.

ملاحظات إرشادية

النزاهة: هي إعطاء أولوية المساعدة على أساس الحاجة وحدها، وتقديم المساعدة بما يتناسب مع تلك الحاجة. وهذا هو مبدأ عدم التحيز الذي أكدت عليه قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في أثناء الإغاثة في حالات الكوارث ⊕ انظر المرفق رقم 2 وكذلك الميثاق الإنساني. وينبغي للوكالات الإنسانية ألا تركز فقط على فئة معينة (مثل النازحين في المخيمات أو مجموعات أقليات معينة)، إذا كان هذا التركيز على حساب فئة أخرى من السكان المتضررين الذين هم في حاجة لتلقي المساعدة أيضًا.

الحق في تلقي المساعدات الإنسانية: الدعوة لمناصرة حق السكان المتضررين من الأزمات في تلقي المساعدات الإنسانية. وفي المناطق التي لا يستطيع الناس تلبية احتياجاتهم الأساسية ولا تستطيع السلطات المختصة تقديم المساعدات لهم، ينبغي ألا تحرمهم السلطات من الوصول إلى المنظمات الإنسانية المحايدة. فهذا الحرمان يعد انتهاكًا للقانون الدولي خاصة في حالات النزاع المسلح. ولا يحتاج الأشخاص المتضررون من الأزمات إلى تخصيص وضع قانوني لهم ليتلقوا المساعدات الإنسانية والحماية.

وينبغي للسلطات ألا تنكر الحاجة إلى المساعدات الإنسانية أو أن تستخدم الحواجز البيروقراطية لتقييد حركة العاملين في المجال الإنساني.

عوائق الوصول للمساعدات: رصد إمكانية وصول الناس إلى المساعدات الإنسانية للتعرف على العوائق التي قد تواجههم وفهمها. ويجب اتخاذ الخطوات اللازمة لمعالجة هذه العوائق إن أمكن.

- مراعاة العوائق التي تحد من حرية تنقل الناس أو وصولهم بأنفسهم إلى المساعدة الإنسانية. وتشمل هذه العوائق الحواجز والألغام الأرضية ونقاط التفتيش. وينبغي النزاعات المسلحة قد تُنشئ أطراف النزاع نقاط تفتيش، لكن ينبغي ألّا تُحدث هذه العوائق تمييزًا بين فئات الناس المتضررين أو تعيق وصولهم إلى المساعدات الإنسانية على نحو غير ملائم.
- معالجة الحواجز التي قد تعيق وصول بعض الجماعات والأفراد إلى المساعدات، مما يؤدي إلى عدم وجود عدالة في تقديم المساعدات. وقد تؤدي الحواجز إلى التمييز ضد النساء والأطفال والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة أو الأقليات. كما أنها قد تمنع الأشخاص من الوصول إلى

المساعدات على أساس التوجهات العرقية أو الدينية أو السياسية أو الجنسية أو الهوية الجنسية أو اللغة أو لاعتبارات الأخرى.

- توفير المعلومات التي تخص الاستحقاقات وآليات التغذية الراجعة في صيغ ولغات يسهل الوصول إليها. ويجب تعزيز الوصول إلى المجموعات المعرَّضة للخطر «المخفية»، مثل الأشخاص ذوي الإعاقة والأطفال الذين يعيشون في الشوارع أو أولئك الذين يعيشون في مناطق لا يسهل الوصول إليها، لتسهيل وصولهم إلى المساعدة بأمان.

مبدأ الحماية 3:
مساعدة الناس على التعافي من الآثار الجسدية والنفسية الناجمة عن التعرض للتهديد أو العنف أو الإكراه أو الحرمان

تقدم الجهات الفاعلة في المجال الإنساني الدعم الفوري والمستدام للمتضررين من الانتهاكات؛ بما في ذلك الإحالة إلى خدمات إضافية حسب الاقتضاء.

يشمل هذا المبدأ:

- إحالة الناجين إلى خدمات الدعم ذات الصلة.
- اتخاذ جميع الخطوات المعقولة لضمان عدم تعرض السكان المتضررين إلى المزيد من حوادث العنف أو الإكراه أو الحرمان.
- دعم الجهود الذاتية التي يبذلها الناس لاستعادة كرامتهم وحقوقهم داخل مجتمعاتهم المحلية ليصبحوا آمنين.

ومن الأمور الأساسية في هذا المبدأ فكرة تلقي المجتمعات المحلية والمتضررين من الأزمات المساعدات المنسقة والتكميلية التي يحتاجونها ⊕ انظر الالتزام رقم 6 بالمعيار الإنساني الأساسي.

ملاحظات إرشادية

الإحالات: التعرف على أنظمة الإحالة الحالية ومساعدة السكان المتضررين من العنف للوصول إلى الخدمات المناسبة بأمان. وقد لا يلتمس بعض الناس المساعدة بعد تعرضهم للانتهاك. فيجب اتخاذ خطوات لفهم العوائق التي تمنع الناس من طلب المساعدة وتهيئة نظام الإحالة وفقًا لذلك.

يجب دعم الناجين من العنف الجسدي أو العنف القائم على النوع الاجتماعي للوصول إلى خدمات مثل: الرعاية الصحية ومساعدة الشرطة وخدمات الدعم النفسي الاجتماعي والصحة العقلية، وغيرها من الخدمات. ويجب أن تكون هذه الخدمات حساسة لجنسهم وعمرهم وإعاقاتهم وميولهم الجنسية وغيرها من العوامل ذات الصلة ⊕ انظر المبادئ التوجيهية لإدماج تدخلات العنف القائم على الجنس في العمل الإنساني.

كما يتوجب إعداد آليات إحالة آمنة وفعالة واستخدامها لخدمات حماية الطفل التي تدعم الأطفال الناجين من العنف والاستغلال والإيذاء والإهمال.

العمل المجتمعي: دعم العمل المجتمعي وأنشطة المساعدة الذاتية التي تساعد الناس على استعادة ثقتهم بالوكالة وتحسين حمايتهم.

ويجب دعم آليات الاستجابة الأسرية والمجتمعية والفردية للحماية، وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي والصحة العقلية. ويمكن أن يشمل ذلك إتاحة الفرص التي تُمكن الأشخاص من مناقشة وضعهم واختيار تهديدات الحماية التي يجب معالجتها، ووضع خطوات لمعالجتها وتنفيذها.

ويتوجب مساعدة المجموعات المحلية، مثل المجموعات الشبابية أو المجموعات النسائية أو المجموعات الدينية، على تطبيق وسائل غير عنيفة لحماية أنفسهم ولدعم المستضعفين.

وينبغي الإبقاء على وجود أفراد العائلات مع بعضهم بعضًا، حيثما أمكن، بما في ذلك العائلات غير التقليدية، وتمكين الناس المنحدرين من قرية معينة أو شبكة دعم معينة من العيش في نفس المنطقة.

كما يجب دعم آليات التأقلم المجتمعي الإيجابية مثل مراسم الدفن المناسبة ثقافيًا، وإجراء المراسم والشعائر الدينية، والممارسات الثقافية والاجتماعية الآمنة.

الانتهاكات الجارية ورصدها والإبلاغ عنها: يجب التعرف على آليات الإبلاغ عن انتهاكات حقوق الإنسان واتباع الإجراءات والسياسات الموضوعة لتبادل المعلومات الحساسة بشكل آمن ⊕ انظر مبدأ الحماية 1 والملحق. المعايير المهنية لأعمال الحماية.

يجب أيضًا النظر في الانتهاكات الجارية ومعالجتها بالتنسيق مع الشركاء والوكالات المتخصصة. وتقع المسؤولية الأساسية لحماية الأشخاص على عاتق الحكومة والسلطات الأخرى ذات الصلة. ويتعين العمل مع الوكالات المتخصصة لتحديد الأطراف التي تتحمل المسؤولية القانونية أو القدرة الفعلية بشأن توفير الحماية وتذكيرها بالتزاماتها.

لوكالات الأمن وإنفاذ القانون والشرطة والجيش وقوات حفظ السلام دورٌ مُهمٌ في ضمان الأمن المادي (الفيزيائي) للناس. فعند اقتضاء الأمر وحين يكون ذلك آمنًا، ينبغي تنبيه الشرطة ووكالات تطبيق القانون أو الجهات العسكرية إلى انتهاكات حقوق الإنسان.

في أثناء النزاع المسلح، ينبغي مراعاة رصد المؤسسات التي توفر خدمات أساسية والتي تتمتع بالحماية بموجب القانون الدولي الإنساني، مثل المدارس والمستشفيات، والإبلاغ عن أي هجمات تقع عليها. وينبغي بذل الجهود للحد من المخاطر والتهديدات المتمثلة في عمليات الخطف أو التجنيد القسري التي قد تحدث في هذه المواقع.

إدارة المعلومات الحساسة: يجب أن يكون لدى المنظمات الإنسانية سياسات وإجراءات واضحة لإرشاد الموظفين بشأن كيفية الاستجابة إذا علموا بوقوع انتهاكات أو شاهدوها، وكيفية تنفيذ الإحالات إلى المتخصصين أو الوكالات المتخصصة. ويجب توضيح سرية المعلومات في تلك السياسات.

قد تكون الأدلة، مثل أقوال الشهود والدراسات السكانية والصور التي تسمح بتحديد هوية الأشخاص، شديدة الحساسية ويمكن أن تعرض الأشخاص للخطر. لذا ينبغي جمع المعلومات الحساسة عن بعض الإساءات أو الانتهاكات بواسطة الوكالات المتخصصة التي لديها المهارات والنظم والقدرات والبروتوكولات اللازمة ⊕ انظر ملحق: المعايير المهنية لأعمال الحماية.

مبدأ الحماية 4:
مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم

تساعد الجهات الفاعلة في المجال الإنساني المجتمعات المحلية المتضررة على المطالبة بحقوقها من خلال المعلومات والتوثيق، ودعم الجهود لتعزيز احترام الحقوق.

يشمل هذا المبدأ:

- دعم الناس لتأكيد حقوقهم والوصول إلى حلول إصلاحية تقدمها الحكومة أو مصادر أخرى.
- مساعدة الناس على تأمين الوثائق التي يحتاجونها لإثبات حقوقهم.
- الدعوة إلى احترام حقوق الناس والقانون الدولي والمساهمة في بناء محيط حماية أقوى.

ومن الأمور الأساسية في هذا المبدأ ضرورة معرفة المتضررين من الأزمات لحقوقهم ومستحقاتهم ⊕ انظر الالتزام رقم 4 بالمعيار الإنساني الأساسي.

ملاحظات إرشادية

المعلومات التي يمكن الوصول إليها: يجب توفير التعليم والمعلومات التي تمكن الناس من فهم حقوقهم والدفاع عنها. وينبغي إبلاغ الناس عن استحقاقاتهم، على سبيل المثال: فيما يتعلق بخيارات العودة وإعادة التوطين. كما يجب العمل مع المنظمات المتخصصة التي تقدم المساعدات القانونية لتعريف الناس بحقوقهم بموجب قوانين البلد واللوائح السارية فيها.

ويجب تقديم المعلومات بلغات يستطيع المتضررون فهمها واستخدام صيغ متعددة (مثل الكتابة أو الجرافيك أو الصوت) لتسهيل توصيل المعلومات على أوسع نطاق ممكن. كما يجب اختبار فهم الرسالة مع مجموعات مختلفة، مع مراعاة الاختلافات في العمر والجنس ومستوى التعليم واللغة الأم.

التوثيق: عمومًا يمتلك الناس حقوقًا، بغض النظر عن حيازتهم وثائق معينة. ومع ذلك، فبدون وجود بعض أشكال الوثائق، مثل شهادة الميلاد أو شهادة الزواج أو شهادة الوفاة أو جواز السفر أو سند ملكية الأرض أو شهادة التعليم، قد يواجهون بعض العقبات في سبيل حصولهم على حقوقهم أو مستحقاتهم. كما ينبغي إحالتهم إلى الوكالات التي يمكنها تزويدهم بهذه الوثائق أو استبدالها.

يجب عدم الخلط بين الوثائق القانونية المعترف بها من قبل السلطات المختصة وبين الوثائق الصادرة عن المنظمات الإنسانية، مثل بطاقات الإعاشة أو وثائق التسجيل. وينبغي ألّا تحدد الوثائق الصادرة عن السلطات من يستحق تلقي المساعدات من المنظمات الإنسانية.

الوصول إلى الدعم القانوني وأنظمة العدالة: يحق للأشخاص التماس تعويضات قانونية وغيرها من الحكومة والسلطات المختصة بشأن انتهاكات حقوقهم. ويمكن أن يشمل ذلك التعويض عن الخسائر أو استعادة الممتلكات. كما يحق لهم طلب تقديم مرتكبي مثل هذه الانتهاكات إلى العدالة.

ينبغي مساعدة من يلتمسون الحلول القانونية للوصول إلى آليات تحقيق العدالة بشكل آمن. وتتطلب الإحالة الفعالة معرفة أي الوكالات يمكنها أن تقدم الدعم القانوني.

وينبغي تجنب تعزيز التماس العدالة في الحالات التي قد تسبب فيها العملية القضائية مزيدًا من الضرر للضحايا. على سبيل المثال، ينبغي أن يكون مقدمو الرعاية الصحية وشبكات الإحالة المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي على دراية بالنظام الوطني الطبي-القانوني والقوانين المعنية بالعنف الجنسي. ويجب إعلام الناجين عن أي قوانين إبلاغ إلزامية يمكنها أن تحد من سرية المعلومات التي يكشف عنها المرضى. وقد

يؤثر ذلك على قرار الناجي بمواصلة تلقي الرعاية ويجب احترام قراره، ⊕ انظر الصحة: معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2

خلال الأزمات قد تتمكن المجتمعات المتضررة من استخدام آليات بديلة وغير رسمية لتسوية المنازعات، مثل إجراء الوساطة على صعيد المجتمع المحلي. وأينما وجدت هذه الآليات ينبغي إعلام الناس عنها وشرح كيف يمكنهم الوصول إلى الخدمات.

قد تُمثل ملكية الأرض والانتفاع بها نقاط خلاف رئيسية. لذا ينبغي تشجيع السلطات والمجتمعات على العمل معًا لحل القضايا المتعلقة بتملك الأراضي أو الانتفاع بها.

ملحق
ملخص المعايير المهنية لأعمال الحماية

في النزاع المسلح أو في حالات العنف الأخرى، تعتبر حماية المدنيين الذين قد يتعرضون للأذى والمعاناة أمراً شديد الأهمية. وتتطلب الاستجابة الفعالة للحماية وجود كفاءة مهنية والتزام بالمعايير المهنية الدنيا المتفق عليها والتي تنطبق على جميع الجهات الفاعلة في مجال الحماية.

أُوضعت المعايير المهنية لأعمال الحماية لوضع أساس مشترك لهذه الأعمال بين الجهات الفاعلة في المجال الإنساني وفي مجال حقوق الإنسان، ولزيادة فعالية هذه الأعمال إلى أقصى حد ممكن لصالح السكان المتضررين. وهي مكملة لمبادئ الحماية.

وتعكس هذه المعايير وجهة النظر التي تفيد بضرورة أن يكون الناس هم محور الإجراءات التي يتم اتخاذها نيابةً عنهم، حيث أن لهم دور مهم في تحليل استجابات الحماية للتهديدات والمخاطر التي يواجهونها وتطويرها ورصدها. وينبغي أن تعزز جهود الحماية احترام حقوق الأشخاص المعرضين للخطر أو للانتهاكات والاعتداء على كرامتهم وسلامتهم، إلى جانب تحسين أمنهم المادي (الفيزيائي).

يختلف نطاق الأنشطة التي تنفذها الجهات الفاعلة في المجال الإنساني اختلافًا كبيرًا، ومن الضروري أن تقوم جميع الجهات الفاعلة بدمج شواغل الحماية في ممارساتها بما يتماشى مع مبادئ الحماية. وتُوجه المعايير المهنية في المقام الأول إلى المتخصصين في مجال الحماية والمنظمات التي تنفذ أعمال الحماية المخصصة في النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف.

وتوفر المعايير المهنية للمنظمات أساسًا متينًا يمكن من خلاله مراجعة السياسات الداخلية والإرشادات والمواد التدريبية وتطويرها. كما توفر مرجعًا عمليًا للممارسين الذين يصممون وينفذون استراتيجيات الحماية على الصعيد الميداني. وتُستخدم كذلك كمصدر إلهام. حيث إنها تعتبر نقطة مرجعية مفيدة لمساعدة الجهات الفاعلة الأخرى وأصحاب المصلحة على فهم كيفية قيام الجهات الفاعلة في مجال الحماية المتخصصة بتنفيذ الأنشطة بأمان لتعزيز حماية الأفراد والمجتمعات المحلية.

لا تهدف هذه المعايير إلى تنظيم أعمال الحماية أو تقييد التنوع، بل إنها جاءت لتكمل المبادئ المهنية الأخرى ولتشجع الجهات الفاعلة في مجال الحماية على دمجها في ممارساتها وإرشاداتها وتدريباتها.

وقد جاء تنظيم المعايير المهنية لعام 2018 على النحو التالي:

1. وضع مبادئ شاملة لأعمال الحماية
2. إدارة استراتيجيات الحماية
3. توضيح بنية الحماية
4. البناء على القاعدة القانونية للحماية
5. تعزيز التكامل
6. إدارة البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج الحماية
7. ضمان القدرات المهنية

وتشمل المعايير رؤية بشأن الآثار المترتبة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT) ومجموعة القوانين المتزايدة حول حماية البيانات مع وضع إرشادات محددة بشأن إدارة معلومات الحماية.

غالبًا ما يكون من الضروري إجراء حوار وتفاعل بين الجهات الفاعلة في المجال الإنساني وفي مجال حقوق الإنسان وعمليات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة والقوات العسكرية وقوات الشرطة الأخرى المكلفة دوليا لضمان الوصول إلى نتائج الحماية المرجوة. وتوفر المعايير المهنية إرشادات حول الالتزام بنهج مبدئي عند إجراء هذه التفاعلات.

كما تتناول المعايير المهنية الجهود الوطنية والإقليمية والدولية لمعالجة «التطرف العنيف» من خلال تشريعات مكافحة الإرهاب، مع توضيح كيفية تأثير هذا النوع من التشريعات على أنشطة الجهات الفاعلة في مجال الحماية.

لتنزيل المعايير المهنية لأعمال الحماية من متجر الكتب الإلكترونية للجنة الدولية للصليب الأحمر، قم بزيارة:
https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html .

المراجع ومزيد من المطالعات

الحماية العامة: الخلفية والأدوات

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. http://sitap.org/wp-content/files_mf/1409574401_magicfields_document_1_1.pdf

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/protection-priority-global-protection-cluster/documents/inter-agency-standing-committee-policy

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. https://shop.icrc.org/professional-standards-for-protection-work-carried-out-by-humanitarian-and-human-rights-actors-in-armed-conflict-and-other-situations-of-violence-2512.html

العنف القائم على نوع الجنس

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. IASC, 2015. gbvguidelines.org

حقوق الإسكان والأراضي والممتلكات

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org/protection/idps/50f94d849/principles-housing-property-restitution-refugees-displaced-persons-pinheiro.html

النازحون داخليًا

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/protection_of_idps/IDP_Handbook_EN.pdf

الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-0/content/iasc-guidelines-mental-health

الإجراءات المتعلقة بالألغام

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org/standards/international-mine-action-standards-imas/imas-in-english/

كبار السن وذوو الإعاقة

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. International Age and Disability Capacity Programme (ADCAP). HelpAge, 2018.
www.helpage.org/download/5a7ad49b81cf8

الأطفال وحماية الطفل

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Global Protection Cluster, 2012.
http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/203/2014//CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010.
www.ineesite.org/en/minimum-standards

المزيد من المطالعة

للمزيد من مقترحات المطالعة زر الرابط
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

المعيار الإنساني الأساسي

يدعم الميثاق الإنساني ومبادئ الحماية المعيار الإنساني الأساسي دعمًا مباشرًا. وتشكل هذه الفصول الثلاثة معًا مبادئ وأسس المعايير الدنيا لاسفير.



ملحق: أسئلة إرشادية لرصد الأعمال الأساسية والمسؤوليات التنظيمية (على الإنترنت)

المحتويات

معيار أساسي واحد مع تسعة التزامات

كثير من المنظمات والأفراد تشارك بشكل عام في الاستجابة الإنسانية. لذلك تكون بعض العناصر والوسائل الشائعة في العمل مفيدة في تعزيز استجابة فعالة. وبدون توافر منهج شائع، قد لا تكون النتائج متسقة أو متوقعة.

يحدد المعيار الأساسي للجودة والمساءلة تسعة التزامات يمكن للمؤسسات والأفراد المشاركين في الاستجابة الإنسانية الاستعانة بها لتحسين جودة وفعالية المساعدة التي يقدمونها. كما أنه يسهل المزيد من المساءلة للمجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة والموظفين والمانحين والحكومات والجهات المعنية الأخرى. إن معرفة ما تعهدت به المنظمات الإنسانية سيمكنهم من محاسبة تلك المنظمات. وهو إطار تطوعي لكل من الأفراد والمنظمات.

يُطبق المعيار على كل من مستوى الاستجابة ومستوى البرنامج وكافة مراحل الاستجابة. ومع ذلك، لا تهدف الالتزامات التسعة لأن تتماشى مع أي مرحلة بعينها من دورة البرنامج. فبعضها ذو صلة أكبر بمرحلة معينة في الدورة، بينما يقصد من البعض الآخر، مثل التواصل مع الأشخاص المتضررين، أن يتم تطبيقه على جميع المراحل.

يشكل المعيار الإنساني الأساسي، إلى جانب الميثاق الإنساني ومبادئ الحماية، أساسًا قويًا ضمن دليل اسفير ويدعم كافة المعايير التقنية. وفي هذا الدليل توجد عدة إحالات مرجعية بين الفصول التقنية والقسم الأساسي.

يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن المعيار الإنساني الأساسي، بما في ذلك بعض الموارد التي تساعد المستخدمين على تطبيقه عمليًا على الرابط corehumanitarianstandard.org.

هيكل فريد

تم تطوير المعيار الإنساني الأساسي بواسطة جهد جماعي قام به القطاع الإنساني لتنسيق المعايير الأساسية بين كل من اسفير وهيئة شراكة المساءلة الإنسانية ومنظمة الأفراد المحتاجين «People in Aid» ومجموعة الطوارئ وإعادة التأهيل والتنمية «Group URD» ودمجها في إطار عمل واحد. ويتم إدارته حاليًا بالنيابة عن القطاع بواسطة اسفير وتحالف CHS Alliance وGroupe URD الذين يمتلكون معا حقوق النسخ.

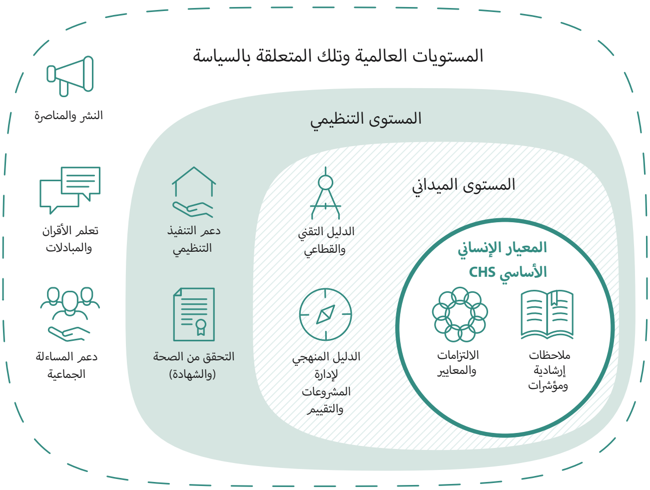
يركز كل التزام من الالتزامات التسعة على أحد أوجه الاستجابة. وعند جمعها معًا، نجد أنها تشكل توجهًا قويًا للعمل الإنساني الفعال المسؤول.

يختلف هيكل المعيار الإنساني الأساسي بدرجة طفيفة عن معايير اسفير الأخرى:

- **الالتزام** تجاه المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة يوضح ما يمكن أن يتوقعه الناس من المنظمات والأفراد الذين يقدمون المساعدات الإنسانية.
- **معيار الجودة** يصف الموقف الذي يتم فيه الوفاء بالالتزام وكيف ينبغي على المنظمة الإنسانية وفريق عملها العمل معًا لتحقيق هذا الالتزام.
- **مؤشرات الأداء** تقيس مستوى التقدم في تحقيق الالتزام والدفع بالتعليم والتحسين والسماح بالمقارنة عبر الزمان والمكان.
- **الأفعال الرئيسية** و **مسؤوليات المنظمات** تصف ما يجب على فريق العمل توصيله والسياسات والعمليات والنظم التي ينبغي أن تكون لدى المنظمات لضمان تقديم فريق عملها المساعدة الإنسانية المسؤولة بأعلى جودة.

- **الملاحظات الإرشادية** تدعم الأعمال الرئيسية ومسؤوليات المنظمات بأمثلة ومعلومات إضافية.
- **الأسئلة الإرشادية** تدعم أنشطة التخطيط والتقييم والمراجعة: انظر ملحق ١ (على الإنترنت).
- **المراجع** تقدم معرفة إضافية بشأن موضوعات محددة.

يوضح الجدول التالي كيف يمكن استخدام المعيار الإنساني الأساسي على مستويات مختلفة وتقترح كل من اسفير وURD Group وتحالف CHS Alliance أدوات تكميلية يمكن العثور عليها عبر الرابط corehumanitarianstandard.org.



استخدام المعيار الإنساني الأساسي (شكل رقم 2)

الالتزام رقم 1

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة المناسبة والملائمة لاحتياجاتهم.

معيار الجودة: الاستجابة الإنسانية ملائمة وذات صلة.

مؤشرات الأداء

1. يَعتبر الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة أن الاستجابة الإغاثية تأخذ احتياجاتهم في الحسبان وتراعي ثقافتهم وتفضيلاتهم.
2. تنسجم كل من المساعدة والحماية المقدمة مع ما جرى تقييمه من المخاطر وأوجه الضعف والاحتياجات.
3. تأخذ الاستجابة في الحسبان قدرات الناس المحتاجة ومهاراتهم ومعرفتهم للمساعدة أو الحماية أو كليهما.

الإجراءات الأساسية

1.1 إجراء تحليل منهجي وموضوعي ومستمر للسياق والجهات المعنيّة.

- تقييم دور وقدرة الحكومة المحلية والأطراف السياسية وغير السياسية الأخرى وأيضًا تأثير الأزمة عليهم.
- تقييم الإمكانات المحلية الحالية (المواد والموارد البشرية والأسواق) بما يلبي الاحتياجات الأولوية للمساعدة والحماية وتفهم أنها تتغير بمرور الوقت
- مراجعة المعلومات والتحقق من صحتها مع الإقرار بأن بيانات التقييم ستكون منقوصة في البداية ولكن لا ينبغي أن تعيق إجراءات إنقاذ الحياة.
- تقييم أمن وسلامة الأشخاص المتضررين والنازحين والمضيفين للتعرف على مخاطر العنف وأي من أشكال الإكراه والحرمان من الرزق أو الحرمان من الحقوق الإنسانية الرئيسية.
- تقييم ديناميات القوة والمتعلقة بالجنس وأيضًا التهميش الاجتماعي لتحديد استجابة أكثر فعالية واستدامة.
- التنسيق مع الآخرين لتجنب تحميل العبء على المجتمعات بتقييمات متعددة. ينبغي مشاركة التقييمات والنتائج المشتركة مع الهيئات المعنية والحكومة والأشخاص المتضررين.

2.1 تصميم وتنفيذ البرامج المناسبة بناءً على تقييم الاحتياجات والمخاطر دون تحيز، وفهم مواطن ضعف وقدرات المجموعات المختلفة.

- تقييم احتياجات الحماية والمساعدة للنساء والرجال والأطفال والمراهقين للمتواجدين في أماكن يصعب الوصول إليها والمجموعات المعرضة للخطر كالأشخاص المعاقين وكبار السن والأفراد المنعزلين اجتماعيًا والأسر التي تعولها النساء والأقليات العرقية والمجموعات سيئة السمعة (على سبيل المثال المصابين بنقص المناعة البشرية).

3.1 تكييف البرامج لكي تتناسب مع الاحتياجات والقدرات والسياقات المتغيرة.

- مراقبة الوضع السياسي وتكيف تحليل وأمان الأطراف المعنية.
- مراقبة البيانات الوبائية والبيانات الأخرى بانتظام لتوجيه عملية اتخاذ القرار المستمرة ووضع التدخلات المنقذة للحياة في الأولوية.
- الحفاظ على المرونة بما يكفي لإعادة تصميم أي تدخل استجابةً للاحتياجات المتغيرة. التأكيد على أن المانحين يوافقون على التغيرات في البرنامج حسب الحاجة.

مسؤوليات المنظمات

4.1 تلتزم السياسات بتقديم المساعدة دون تحيز بناءً على احتياجات وقدرات المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات.

- تحتفظ المنظمات بسياسات وعمليات ونظم تدعم الالتزام بالمبادئ الإنسانية والشمولية.
- يتفهم جميع أفراد طاقم العمل مسؤولياتهم وكيف يصبحون موضع مساءلة.
- تشارك المنظمات هذه السياسات مع الأطراف المعنيين الآخرين بكل شفافية.

5.1 تحدد السياسات الالتزامات التي تأخذ بعين الاعتبار تنوع المجتمعات، بما في ذلك الأشخاص المحرومين والمهمشين، وجمع البيانات المصنفة.

- تم توضيح المستويات المطلوبة من تصنيف البيانات الخاصة بالتقييم وتقديم التقارير.

6.1 تنفيذ عمليات لضمان إجراء تحليل مستمر ومناسب للسياق.

- يمتلك العاملون في مجال الإغاثة الإنسانية دعمًا إداريًا من أجل تحصيل المعرفة والمهارات والسلوكيات والتصرفات الضرورية لإدارة وإجراء عمليات التقييم.

ملاحظات إرشادية

التقييم والتحليل هو عملية وليس حدثًا فرديًا. وحسبما يسمح الوقت، ينبغي إجراء تحليل عميق. ولا ينبغي افتراض قدرات واحتياجات الأشخاص والمجتمعات المتضررة ولكن يجب تحديدها عبر التقييمات التي تُدرجها في نقاشات مستمرة من أجل الوصول للإجابات الملائمة.

كما ينبغي أن نأخذ في الاعتبار توفير التدريب الأساسي للإسعافات الأولية النفسية لفريق العمل المشارك في التقييمات. ويمكن أن يساعد ذلك فريق العمل على إدارة الأشخاص الذين يصابون بأي كرب أثناء التقييم.

يجب التأكيد على إجراء تقييمات متخصصة للمجموعات التي تواجه مخاطر محتملة في الحماية. كما تُجرى تقييمات خاصة للنساء والرجال والأولاد والبنات لفهم تجربتهم مع العنف والعنصرية والأضرار الأخرى، من بين الأمثلة على هذه التقييمات.

التقييم غير المتحيّز: إن التصرف بنزاهة لا يعني التعامل مع الجميع بنفس الشكل. كما أن تقديم المساعدة المعتمدة على الحقوق يتطلب فهماً للإمكانات والاحتياجات ونقاط الضعف المختلفة. فقد يكون الأشخاص معرضون للخطر بسبب بعض العناصر الفردية كالعمر والجنس والإعاقة والحالة الصحية والتوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو بسبب أنهم يعتنون بأشخاص آخرين معرضين للخطر.

الضعف: تساهم العناصر الاجتماعية والسياقية أيضًا في تعرض الأشخاص للخطر وهي تتضمن التمييز العنصري والتهميش والعزلة الاجتماعية والتدهور البيئي وتغير الطقس والفقر وعدم حيازة الأراضي وسوء الحوكمة والعرقية والفئات والطوائف والانتماءات الدينية أو السياسية.

القدرة الكامنة: يمتلك الأشخاص والمجتمعات والمنظمات والسلطات التي تأثرت بالأزمة بالفعل مهارات ومعرفة وقدرات ذات صلة بما يتماشى مع الأزمة ويستجيب لها ويساعد على التعافي منها. لدعم الحق في الحياة بكرامة، يجب إشراك الأشخاص المتضررين بشكل فعال في القرارات التي تؤثر عليهم. وقد يلزم بذل جهود هادفة لتعزيز مشاركة المجموعات الممثلة تمثيلاً ناقصاً، مثل النساء والأطفال والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة والأقليات اللغوية أو العرقية.

فرز البيانات أحد العمليات الهامة لفهم تأثير الأفعال أو الأحداث على المجموعات المختلفة. وبحد أدنى، تشجع الممارسات الجيدة على أن يتم الفرز بحسب الجنس والسن والإعاقة. بينما ينبغي أن ترتكز العناصر الإضافية على السياق.

إن تحليل البيانات التي يتم فرزها أمر ضروري لاستخدام المعايير في سياق محدد ومن أجل الرقابة. يمكن للاستخدام الجيد للبيانات المفرزة أن توضح من الذي تضرر بصورة أكبر ومن الذي يستطيع الوصول للمساعدات وأين يجب تلبية مزيد من الاحتياجات من أجل الوصول للأشخاص المعرضين للخطر.

التحليل المستمر والاستخدام الفعّال للبيانات: ينبغي أن تكون أنظمة الموارد البشرية مرنة بما يكفي لتجنيد وتوظيف فرق التقييم بسرعة.

ويجب تخصيص ميزانيات وموارد للبرنامج بحسب الحاجة. وينبغي أن يدعم التمويل التحليل المستمر لاحتياجات المساعدة والحماية وتكييف وتصحيح البرامج بما في ذلك الإجراءات المتبعة لتسهيل الوصول (مثل آليات التوعية وإمكانية الوصول للتسهيلات والتواصل).

الالتزام رقم 2

يمكن للمجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة الحصول على المساعدات الإنسانية التي يحتاجون إليها في الوقت المناسب.

معيار الجودة: الاستجابة الإنسانية فعالة وتوقيتها مناسب.

مؤشرات الأداء

1. يعتبر الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة، بما في ذلك أشد الفئات ضعفاً، أن توقيت ما يتلقونه من المساعدة والحماية ملائم.
2. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة تعتبر أن الاستجابات تلبي احتياجاتهم.
3. تظهر تقارير المراقبة والتقويم أن الاستجابة الإغاثية تلبي أهدافها فيما يتعلق بالتوقيت والجودة والكمية.

الإجراءات الأساسية

1.2 تصميم برامج تعالج المعوقات بحيث يصبح الإجراء المقترح واقعياً وآمناً للمجتمعات.

- تعيين الحدود بوضوح والإفادة عنها إذا لم يكن من الممكن تقييم وتلبية احتياجات منطقة بعينها أو جماعة بعينها بما في ذلك المواقع التي يصعب الوصول إليها.
- إعطاء الأولوية لدعم قدرات الاستجابة المحلية مسبقًا، حيث يظهر التخطيط للطوارئ مناطق أو مجموعات ضعيفة وقد يصعب الوصول إليها في المستقبل.

2.2 تقديم الاستجابة الإنسانية في الوقت المناسب، واتخاذ القرارات والتصرف دون تأخير لا لزوم له.

- المعرفة بالظروف المعيشية والممارسات الثقافية والمواسم والتقويمات الزراعية وغيرها من العوامل التي تؤثر على توفير الخدمات المناسبة في الوقت المناسب.
- إدراج الأطر الزمنية لأنظمة التسليم والرصد في خطط البرنامج؛ توقع التأخير وضع علامة عليه.
- الإقرار بأن القرارات ستتخذ بناء على معرفة غير كاملة في المراحل الأولى من أي أزمة حادة وتحسين القرارات كلما توافرت المعلومات.
- التنسيق مع الآخرين لتطوير الاستراتيجيات المشتركة للتعامل مع المشاكل الجماعية التي تمنع تقديم المساعدة في الوقت المناسب.

3.2 إحالة أي احتياجات غير ملباة إلى المنظمات المختصّة، أو السعي للمناصرة للاحتياجات التي ينبغي تلبيتها.

- يتضمن ذلك الاحتياجات المعلوماتية غير الملباة وأيضًا احتياجات الحماية والمساعدة.

4.2 استخدام المعايير التقنية والممارسات الجيدة ذات الصلة في جميع أنحاء القطاع الإنساني لتخطيط وتقييم البرامج.

- تطبيق المعايير التقنية القومية حيثما تتواجد وتكييفها وفقًا للسياق الإنساني.
- التنسيق مع الأطراف المعنية ذات الصلة للدعوة لاستخدام المعايير المتفق عليها عالميًا لإكمال المعايير القومية (بما في ذلك معايير اسفير وشركائها في القطاعات ذات الصلة).

5.2 رصد أنشطة ومخرجات ونتائج الاستجابات الإنسانية من أجل تكييف البرامج ومعالجة ضعف الأداء.

- تحديد مؤشرات الأداء المرتبطة بالوقت والمحددة بسياق. ومراجعتها بشكل منتظم لقياس التقدم في الوفاء باحتياجات المساعدة والحماية.

- إدراج التقدم في الأهداف ومؤشرات الأداء بالإضافة للأنشطة والنتائج (كعدد المنشآت التي تم بناؤها). مراقبة نتائج المشروع والنتائج المرغوب فيها كاستخدام التسهيلات أو تغييرات الممارسة.
- استعراض النظم بانتظام بحيث يتم فقط جمع المعلومات المفيدة مع معلومات سياقية محدثة (مثل وظيفة السوق المحلية وتغيير الحالة الأمنية).

المسؤوليات التنظيمية

6.2 التزامات البرامج تتماشى مع القدرات التنظيمية.

- تعكس السياسات أهمية استخدام معايير الجودة التقنية الإنسانية المتفق عليها وتطوير الخبرة في نطاقات تدخل محددة.
- الإقرار بالظروف التي قد تحتاج المنظمة فيها تقديم الخدمات خارج نطاق الخبرة هذا حتى يمكن للآخرين القيام بذلك.

7.2 التزام السياسات يضمن:

a. رصد وتقييم منهجي وموضوعي ومستمر للأنشطة وفعاليتها.

b. استخدام الأدلة المستقاه من المراقبة والتقييم لتكييف وتحسين البرامج.

c. اتخاذ القرارات في الوقت المناسب وتخصيص الموارد وفقًا لذلك.

ملاحظات إرشادية

معالجة العقبات ووضع برامج واقعية: حين لا تستطيع المنظمة الوصول للأشخاص أو تلبية احتياجاتهم المحددة، فإنها تتحمل المسؤولية لإحالة هذه الاحتياجات للجهات الفاعلة المناسبة (بما في ذلك الأطراف الحكومية وغير الحكومية) ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 3.

استخدم التنبؤات ونظم الإنذار المبكر للتخطيط للطوارئ قبل حدوث أزمة لمساعدة المجتمعات والسلطات والوكالات على الاستجابة بسرعة عند الحاجة. وسيسمح ذلك أيضًا للأشخاص المتضررين بحماية أصولهم قبل تعرض حياتهم ومصادر رزقهم للخطر.

قم بتطوير عمليات صنع القرار التي تتسم بالمرونة الكافية للرد على المعلومات الجديدة من التقييمات المستمرة. وقم بتعيين القرارات والموارد على مقربة من موقع التنفيذ داخل المنظمة قدر الإمكان.

توثيق القرارات وعمليات صنع القرار لإظهار الشفافية. بناء العمليات على التشاور، والمشاركة والتنسيق مع الآخرين ⊕ انظر الالتزام رقم 6.

مراقبة الأنشطة والنتائج والمحصلات: يعمل الرصد على الإبلاغ عن طرق تنقيحات المشروع والتحقق من تطبيق معايير الاختيار ويؤكد على ما إذا كانت المساعدات تصل إلى الأشخاص الأكثر احتياجًا. توثيق أي تغيرات في البرنامج تنشأ عن الرصد ⊕ انظر الالتزام رقم 7.

استخدام مؤشرات رصد شائعة على مستوى الاستجابة حيثما كان ذلك متاحًا.

صناعة القرار داخل المنظمة: يجب أن تكون كل من المسؤوليات والعمليات المتعلقة بصناعة القرار داخل المنظمات محددة ومفهومة بوضوح، ويشمل ذلك تبيان الطرف المسؤول والطرف الذي يستشار والمعلومات المطلوب إيصالها إلى الطرف العاكف على صناعة القرار.

السياسات والعمليات والمنظومات داخل المنظمة: ينبغي على المنظمات توثيق طريقة تحسين العمل الإنساني للنتائج عن طريق عمليات رصد وتقييم نظامية وصارمة.

توضيح طريقة استخدام البيانات الناشئة عن الرصد والتقييم لتكييف البرامج والسياسات والاستراتيجيات وتقوية الاستعداد وتحسين الأداء بأسلوب زمني ⊕ انظر الالتزام رقم 7. قد يتضمن الأمر تمويل للاستجابة في حالة الطوارئ أو القدرة على تجنيد أو توظيف فريق عمل مؤهل بسرعة وقت الحاجة.

الالتزام رقم 3

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة ليسوا متأثرين سلباً وهم أكثر استعداداً وقدرة على الصمود، وأقل تعرضاً للخطر نتيجة للعمل الإنساني.

معيار الجودة: معيار الاستجابة الإنسانية يعزز القدرات المحلية ويتجنب الآثار السلبية.

مؤشرات الأداء

1. يعتبر الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة أنهم أقدر على مواجهة الصدمات والضغوطات المستقبلية نتيجة للتحرك الإغاثي الإنساني.
2. تعتبر السلطات والقيادات والمنظمات المحلية التي تتحمل قسطاً من مسؤوليات الاستجابة للأزمات أن قدراتها قد ازدادت.
3. لا يجد الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة بما فيها الأطراف الضعيفة والمهمشة أي آثار سلبية ناجمة عن التحرك الإغاثي الإنساني.

الإجراءات الأساسية

1.3 التأكد من أن البرامج تُبنى على أساس القدرات المحلية والعمل على تحسين قدرة المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات.

- تصميم الخدمات (على سبيل المثال، إدارة الجفاف والهياكل المقاومة للفيضان أو الأعاصير أو الزلازل) التي تقلل من تأثير المخاطر.
- دعم مبادرات المساعدة الذاتية واجراءات استعداد المجتمع.

2.3 استخدام نتائج تقييمات المخاطر المجتمعية المتوفرة وخطط الجهوزيّة لتوجيه الأنشطة.

- فهم ومعالجة احتياجات وقدرات المجموعات المختلفة المعرضة لمستويات مختلفة من المخاطر.

3.3 تطوير المبادرات القيادية والمنظمات المحلية بوصفها المستجيب الأول عند حدوث أزمات في المستقبل، واتخاذ الخطوات اللازمة لضمان التمثيل المناسب للفئات المهمشة والمحرومة.

- العمل مع السلطات البلدية والحكومة المحلية قدر الإمكان.
- المناداة بمعاملة الأطراف الفاعلة المحلية كشركاء على قدم المساواة مع الاستقلالية في تصميم و/أو قيادة الاستجابة.
- دعم مبادرات المجموعات والمنظمات المحلية لتكون بمثابة منصة تعليم وبناء القدرات لدعم الاستجابة الأولى في الأزمات المستقبلية.
- توظيف فريق عمل محلي وقومي مع الأخذ في الاعتبار التنوع بين المجموعة بدلًا من توظيف موظفين أجانب حيثما أمكن.

4.3 التخطيط لاستراتيجية انتقال أو خروج في المراحل المبكرة من البرنامج الإنساني الذي يضمن تحقيق آثار إيجابية على المدى الطويل ويقلل من خطر التبعية.

- تقديم الدعم لتقوية منظومات الدولة والمجتمع القائمة عوضاً عن تأسيس جهود موازية لا تدوم بعد انقضاء فترة الاستجابة.

5.3 تصميم وتنفيذ البرامج التي تعزز التعافي من الكوارث المبكرة وتدعم الاقتصاد المحلي.

- اتخاذ خطوات لاستعادة الخدمات الاجتماعية والتعليم والأسواق وآليات النقل وفرص كسب الرزق التي تلبي احتياجات الفئات الضعيفة.
- الأخذ في الاعتبار ظروف السوق عند تحليل أي شكل من أشكال المساعدة (نقدي أو قسائم أو عيني) سيكون له أكبر نتائج إيجابية.
- شراء السلع والخدمات محليا عندما يكون ذلك ممكنا.
- التخفيف من حدة الآثار السلبية على السوق لأقصى حد ممكن.

6.3 تحديد الآثار السلبية غير المقصودة المحتملة أو الفعلية والتصرف بناءً عليها في الوقت المناسب وبطريقة منهجية، بما في ذلك في المجالات التالية:

a. سلامة وأمن وكرامة وحقوق الناس.
b. الاستغلال والانتهاك الجنسي من قبل الموظفين.
c. الثقافة والجنس والعلاقات الاجتماعية والسياسية.
d. سبل العيش.
e. الاقتصاد المحلي.
f. البيئة.

مسؤوليات المنظمات

7.3 تهدف السياسات والاستراتيجيات والتوجيهات إلى:

a. منع البرامج من التسبب في أي آثار سلبية، مثل الاستغلال أو سوء المعاملة أو التمييز من جانب الموظفين ضد المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة، على سبيل المثال.
b. تعزيز القدرات المحلية.

8.3 الأنظمة المعمول بها لحماية أي معلومات شخصية يتم جمعها من المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة التي يمكن أن تعرضهم للخطر.

- وضع سياسات واضحة وشاملة بشأن حماية البيانات، بما في ذلك أنظمة التسجيل والتوزيع الإلكترونية.
- إبلاغ المتلقين للعون بحقوقهم فيما يتعلق بحماية البيانات، وكيف يمكنهم الوصول إلى المعلومات الشخصية الخاصة بهم التي تحتفظ بها المنظمة، وكيف يمكنهم التحدث عن ما يقلقهم بشأن سوء استخدام المعلومات.

ملاحظات إرشادية

ثبات المجتمع والقيادة المحلية: المجتمعات المحلية والمنظمات والسلطات المحلية هي أول من يتصرف في أزمة ويكون لديهم معرفة متعمقة بالحالة والاحتياجات المحددة. يجب أن يكون هؤلاء الفاعلون المحليون شركاء على قدم المساواة ويتم منحهم الاستقلالية في تصميم أو قيادة الاستجابة. وهذا يتطلب التزاما من الوكالات الدولية والمحلية بتكييف طريقة عملها والانخراط في حوار مفتوح ونقد بنّاء.

ينبغي استخدام البنية التحتية/ الخدمات المالية المحلية حيثما أمكن بدلًا من خلق نظم موازية جديدة.

استراتيجية المرحلة الانتقالية والخروج: بالتعاون مع السلطات والسكان المتأثرين ، قم بتصميم الخدمات في أقرب وقت ممكن والتي ستستمر بعد انتهاء برنامج الطوارئ (على سبيل المثال، إدخال تدابير استرداد التكاليف، واستخدام المواد المتاحة محليًا أو تعزيز قدرة الإدارة المحلية).

الآثار السلبية و «عدم إلحاق الضرر»: ويمكن أن تؤدي القيمة العالية لموارد المعونة والموقف القوي للعاملين في المجال الإنساني إلى الاستغلال وسوء المعاملة والمنافسة والنزاع وسوء الاستخدام أو سوء تخصيص المعونة. كما يمكن أن تقوض المعونة مصادر الرزق وأنظمة السوق، وتؤدي إلى تعارض الموارد وتضخيم علاقات القوة غير المتكافئة بين المجموعات المختلفة. توقع هذه الآثار السلبية المحتملة، وقم برصدها واتخاذ إجراءات لمنعها قدر الإمكان.

كن على دراية بالممارسات الثقافية التي قد يكون لها آثار سلبية على بعض المجموعات. وتشمل الأمثلة الاستهداف المتحيز للفتيات، أو الأولاد، أو الطوائف المحددة؛ فرص التعليم غير المتكافئ للفتيات؛ رفض التحصينات؛ وغيرها من أشكال التمييز أو المعاملة التفضيلية.

يمكن لآليات التغذية الراجعة وآليات الاستجابة السريعة والآمنة أن تقلل من سوء الاستخدام والاستعمال الخاطئ. ويجب أن يرحب الموظفون بالاقتراحات والشكاوى والبحث عنها. كما يجب أن يكون فريق العمل مدربًا على كيفية ممارسة السرية وإحالة المعلومات الحساسة، مثل الإفصاح عن الاستغلال وسوء المعاملة.

الاستغلال والانتهاك الجنسيين من قبل الموظفين: يشترك فريق العمل بأكمله في مسؤولية منع الاستغلال والانتهاك. ويتحمل أعضاء فريق العمل مسؤولية الإبلاغ عن أي انتهاك قد يشتبهون بوجوده أو يشهدونه، سواء داخل المنظمة أو خارجها. لاحظ أن الأطفال (وخاصة الفتيات) غالبًا ما يكونون معرضون للخطر بدرجة كبيرة، وعلى السياسات أن تحمي الأطفال بوضوح من الاستغلال والانتهاك ⊕ انظر الالتزام رقم 5.

الشواغل البيئية: يمكن للاستجابة الإنسانية أن تتسبب في تدهور بيئي (على سبيل المثال، تآكل التربة، استنزاف المياه الجوفية أو تلوثها، الصيد الجائر، إنتاج النفايات وإزالة الغابات). ويمكن أن يؤدي التدهور البيئي إلى تضخيم أزمة أو مستويات الضعف والتقليل من قدرة الناس على الصمود أمام الصدمات.

وتشمل تدابير الحد من التدهور البيئي إعادة التشجير وجمع مياه الأمطار والاستخدام الفعال للموارد وسياسات وممارسات الشراء الأخلاقية. ولا تُجرى أنشطة البناء الرئيسية إلا بعد إجراء تقييم بيئي ⊕ انظر الالتزام رقم 9.

سياسات المنظمة لمنع الآثار السلبية وتعزيز القدرات المحلية: تُشجع المنظمات على وضع سياسة ونظام إدارة مخاطر موثق بشكل واضح. كما أن المنظمات غير الحكومية التي تفشل في التعامل بشكل منظم مع السلوك غير الأخلاقي أو الفساد من خلال سياسات وإجراءات مكافحة الرشوة الخاصة بها ومن خلال العمل الجماعي مع المنظمات غير الحكومية الأخرى تزيد من مخاطر الفساد بالنسبة للجهات الفاعلة الأخرى.

يجب أن تظهر السياسات والإجراءات التزاماً بحماية الناس الضعفاء وأن تحدد أطراً عامة لمنع سوء استخدام السلطة ولاستقصائه.

ويمكن أن يساعد كل من ممارسات التوظيف والفحص والتعيين بعناية في الحد من مخاطر سوء سلوك الموظفين، ويجب أن توضح قواعد السلوك الممارسات المحظورة. وينبغي أن يوافق الموظفون رسمياً على الالتزام بهذه القواعد وأن يكونوا على علم بالعقوبات التي سيواجهونها إذا فشلوا في ذلك ⊕ انظر الالتزام رقم 8.

صون المعلومات الشخصية: يجب التعامل مع جميع المعلومات الشخصية التي يتم جمعها من الأفراد والمجتمعات على أنها سرية. وهذا هو الحال على وجه الخصوص في التعامل مع البيانات المتعلقة بالحماية،

والانتهاكات المبلغ عنها، والشكاوى من سوء المعاملة أو الاستغلال، والعنف القائم على نوع الجنس. إن الأنظمة التي تضمن السرية ضرورية لمنع المزيد من الضرر ⊕ انظر مبادئ الحماية و الالتزامات رقم 5 ورقم 7.

إن الاستخدام المتزايد لأنظمة التسجيل والتوزيع الإلكترونية في الاستجابة الإنسانية يبرز الحاجة إلى سياسات واضحة وشاملة بشأن حماية البيانات. كما أن الاتفاقيات التي تلزم أطراف خارجية مثل البنوك والمنظمات التجارية بحماية المعلومات ضرورية. ومن المهم الحصول على إرشادات واضحة حول جمع البيانات وتخزينها واستخدامها والتخلص منها بما يتماشى مع المعايير الدولية وقوانين حماية البيانات المحلية.

يجب وضع أنظمة للتخفيف من خطر فقدان البيانات. ويجب التخلص من البيانات بمجرد أن تصبح غير ضرورية.

الالتزام رقم 4

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يعرفون حقوقهم واستحقاقاتهم، ويمكنهم الحصول على المعلومات ويشاركون في اتخاذ القرارات التي تعنى بهم.

معيار الجودة: يعتمد معيار الاستجابة الإنسانية على أسس التواصل والمشاركة والتعقيب.

مؤشرات الأداء

1. تدرك المجتمعات والأشخاص المتضررة من الأزمة بما في ذلك الأكثر ضعفاً حقوقها ومخصصاتها.
2. ترى المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة أنه يمكنهم الوصول في الوقت المناسب لمعلومات واضحة وذات صلة، بما في ذلك المشاكل التي قد تعرضهم لمزيد من المخاطر.
3. تشعر المجتمعات المتضررة من الأزمة بالرضا عن الفرص المتاحة لها للتأثير في الاستجابة الإغاثية.
4. كافة أفراد فريق العمل مدربون ومزودون بالتوجيهات المتعلقة بحقوق الأشخاص المتضررين.

الإجراءات الأساسية

1.4 توفير المعلومات للمجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات عن المنظمة، والمبادئ التي تلتزم بها، وكيف تتوقع أن يتصرف موظفوها، والبرامج التي تنفذها وما تنوي تحقيقه.

- اعتبار المعلومات نفسها عنصرًا أساسيًا للحماية. وبدون معلومات دقيقة عن المساعدة واستحقاقها، قد يصبح الناس عرضة للاستغلال وسوء المعاملة ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم ١.
- توصيل السلوك الذي يمكن أن يتوقعه الناس من العاملين في المجال الإنساني وكيف يمكنهم رفع شكواهم إذا لم يشعروا بالرضا.

2.4 التواصل بلغات وأشكال ووسائل يسهل فهمها وتراعي الاحترام والملاءمة الثقافية لمختلف أفراد المجتمع المحلي، وخاصة الفئات الضعيفة والمهمشة.

- استخدام أنظمة الاتصالات الحالية والتشاور مع الناس على وسائلهم المفضلة للتواصل معهم. الأخذ في الاعتبار درجة الخصوصية المطلوبة لتنسيقات ووسائط مختلفة.
- التأكد من أن استخدام تكنولوجيا الاتصالات، الحديثة والقديمة، بفعالية وأمان.

3.4 ضمان التمثيل الشامل، الذي ينطوي على مشاركة وانخراط المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات في جميع مراحل العمل.

- إيلاء عناية خاصة بالمجموعات أو الأفراد الذين يتم استثناؤهم بحكم الأعراف السائدة من السلطة وعمليات صناعة القرار والنظر بشكل منهجي في الطرق الأخلاقية للتعامل مع هؤلاء الأفراد والجماعات لاحترام الكرامة وتجنب تزايد وصمات العار.
- الأخذ في الاعتبار التوازن بين المشاركة المجتمعية المباشرة والتمثيل غير المباشر من قبل الممثلين المنتخبين عبر مختلف مراحل الاستجابة.

4.4 تشجيع المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة على تقديم انطباعاتهم وتعليقاتهم على مستوى رضاهم عن جودة وفعالية المساعدة المتلقاة وتسهيل ذلك، مع إيلاء اهتمام خاص لجنس وعمر وتنوع الأشخاص الذين يقدمون الانطباعات والتعليقات.

- تدريب الموظفين على كسب ثقة الناس والحفاظ عليها، ومعرفة كيفية الاستجابة للتعقيبات سواءً الإيجابية أم السلبية، والتيقظ لردود فعل مختلف أفراد المجتمع إزاء الطريقة التي تقدم بها الخدمات.
- دمج مجموعة التعقيبات في نهج أوسع عبر المنظمات أو القطاعات لمراجعة التعقيبات وتحليلها والعمل عليها.
- مشاركة الرد على التعقيبات مع المجتمع.

مسؤوليات المنظمات

5.4 وجود سياسات تبادل المعلومات، وتعزيز ثقافة الاتصالات المفتوحة.

- تحديد وتوثيق عمليات مشاركة المعلومات.
- العمل بجهد لتبادل المعلومات التنظيمية حول النجاحات والفشل بشكل صريح مع مجموعة من الأطراف المعنية لتعزيز ثقافة الانفتاح والمساءلة على مستوى النظام.

6.4 وجود سياسات لإشراك المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة تعكس الأولويات وتحدد المخاطر في جميع مراحل العمل.

- تحديد كيف يتم تدريب الموظفين وتشجيعهم لتسهيل مشاركة المجتمع وصنع القرار، والاستماع إلى مجموعات متنوعة من الأشخاص المتضررين وتناول التعقيبات السلبية.
- وضع سياسات واستراتيجيات لتساعد في خلق مساحة ووقت للحوارات المجتمعية وصنع القرار والمساعدة الذاتية.

7.4 الاتصالات الخارجية، بما في ذلك تلك المستخدمة لأغراض جمع التبرعات، تكون دقيقة وأخلاقية ومحترمة، وتقدم المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات بشكل يراعي كرامتهم الإنسانية.

- مشاركة المعلومات بناء على تقييم المخاطر والأخذ في الاعتبار الضرر المحتمل الذي قد يقع على السكان، مثل عند تبادل المعلومات حول التوزيعات النقدية أو التركيبة السكانية لمستوطنات محددة يمكن أن تعرض الناس لخطر التعرض للهجوم.
- توخي الحرص عند الاستعانة بالقصص والصور التي تناقش وتصور الأشخاص المتضررين حيث يمكن أن يشكل ذلك اعتداءً على خصوصيتهم وانتهاكًا للسرية إذا لم يطلب إذنهم ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 1.حول الموافقة المستنيرة.

ملاحظات إرشادية

التشارك بالمعلومات مع المجتمعات: إن مشاركة المعلومات الدقيقة وذات التوقيت المناسب والمفهومة والميسورة يعزز الثقة ويعمق مستويات المشاركة ويحسن من تأثير المشروع. وهذا هو مفتاح الشفافية. كما أن التشارك بالمعلومات مع المجتمعات يمكن أن يحسن أيضاً من فعالية التكلفة ويساعد المجتمعات على تسليط الضوء على الهدر أو الاحتيال.

إذا لم تشارك منظمة ما الناس الذين تهدف إلى مساعدتهم في المعلومات على نحو ملائم، فقد يؤدي ذلك إلى سوء تفاهم وتأخير ومشاريع غير ملائمة تهدر الموارد وتصورات سلبية عن المنظمة ويمكن أن ينشأ عن ذلك مشاعر الغضب والإحباط وعدم الأمان.

تواصل فعال وآمن وميسور وشامل: تختلف احتياجات التواصل والمعلومات ومصادرها باختلاف المجموعات. وقد يحتاجون لوقت للتحدث مع أنفسهم في مكان آمن وخاص لمعالجة المعلومات والنتائج المترتبة عليها.

الموافقة المستنيرة: اعلم بأن بعض الأشخاص قد يعبرون عن موافقتهم دون فهم كامل للآثار المترتبة. وهذا الوضع ليس مثالياً ، ولكن قد يتعين في بادئ الأمر افتراض درجة من القبول والمشاركة بناءً على الرغبة المعلنة في المشاركة في أنشطة المشروع، والمراقبة، والمعرفة، أو المستندات القانونية أو غيرها (مثل الاتفاقيات التعاقدية مع المجتمع) ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم ١.

المشاركة والتشارك: التشاور مع المتضررين والمؤسسات المحلية في وقت مبكر من الاستجابة اعتمادا على المعرفة القائمة وتطوير علاقات إيجابية ومحترمة. يمكن أن يكون التشاور المبكر أفضل في توفير الوقت من إصلاح القرارات غير الملائمة في وقت لاحق. وفي المراحل المبكرة من الاستجابة الحرجة، قد يكون التشاور ممكنا فقط مع عدد محدود من الأشخاص المتضررين. ومع مرور الوقت، ستتواجد المزيد من الفرص لمزيد من الناس والمجموعات للمشاركة في صنع القرار.

اعلم أنه في بعض ظروف النزاع، يمكن اعتبار المناقشات الجماعية وصناعة القرار بمثابة شكل من أشكال التنظيم السياسي ويمكن أن تضر بالشعوب المحلية.

قم بمراعاة توافر أساليب مختلفة لتعزيز مشاركة المجتمع مع نظام التعقيب، بما في ذلك استخدام بطاقات الأداء المجتمعية.

التعقيب: يمكن الحصول على التعقيبات الرسمية من خلال تقييمات محددة (باستخدام مناقشات جماعية أو مقابلات) أو مراقبة ما بعد التوزيع أو الاستبيانات. كما ينبغي استخدام التعقيبات غير الرسمية التي يتم تلقيها أثناء التفاعل اليومي لتطوير الثقة وتحسين البرامج على أساس مستمر.

احصل على ملاحظات حول ما إذا كانت النساء والرجال والفتيات والفتيان يشعرون بالاحترام والرضا عن تأثيرهم على صنع القرار. وقد يكون الناس راضين عن المساعدات المقدمة، ولكنهم غير راضين عن تأثيرهم على اتخاذ القرار.

وقد يخشى الناس من أن يكون للتعقيبات الانتقادية تداعيات سلبية. كما قد تكون هناك أيضا أسباب ثقافية لعدم قبول النقد عن التدخلات. استكشف طرق مختلفة لتقديم تعقيبات غير رسمية ورسمية، بما في ذلك طرق لتبادل التعقيبات سريًا.

قم بتصميم آليات تعقيب مع الوكالات الأخرى وضمان أنها متاحة لجميع الأشخاص. وينبغي النظر إليها على أنها منفصلة عن آليات الشكاوى التي تعالج الانتهاكات الخطيرة للممارسة أو السلوك ⊕ انظر الالتزام رقم 5، على الرغم من أنه في الممارسة العملية عادة ما يكون هناك تداخل في أنواع التعقيبات والشكاوى الواردة. إقرار أقرّ وتابع التعقيبات المستلمة وقم بتطويع البرنامج عند الاقتضاء.

ادمج آليات التعقيب في نظم الرصد والتقييم الخاصة بالمنظمات.

تشجيع ثقافة التواصل المفتوح: ينبغي للمنظمات أن تذكر علانية (على موقعها على الويب أو في المواد الترويجية التي يمكن للأشخاص المتضررين الوصول إليها) أي اهتمامات محددة مثل الهوية السياسية أو الدينية، مما يسمح للأطراف المعنية بفهم طبيعة المنظمة بشكل أفضل وانتماءاتها وسياساتها المحتملة.

التزام المنظمة بالمشاركة والإصغاء إلى المجتمعات: يمكن أن تساعد سياسات النوع الاجتماعي والتنوع في تعزيز قيم المنظمة والتزاماتها وتقديم أمثلة ملموسة للسلوك المتوقع. كما يجب أن تكون التعقيبات الواردة من الأشخاص المتأثرين مفيدة في تطوير الاستراتيجية والبرامج.

تقييد المعلومات والسرية وعدم الإفشاء: لا يمكن أو لا ينبغي مشاركة جميع المعلومات مع جميع الأطراف المعنية. ينبغي مراعاة طريقة جمع المعلومات التي يمكنها تحديد المجموعات (الديموغرافيات) أو الأفراد الذين قد يسببون أو يزيد من ضعف الأشخاص أو يشكلون تهديدات جديدة على حمايتهم. ⊕ انظر مبادئ الحماية.

منهج أخلاقي نحو عمليات التواصل الخارجية: يمكن أن تكون مواد جمع التبرعات والصور المأخوذة خارج السياق مضللة في الغالب ويمكنها أيضًا زيادة مخاطر الحماية. لذا يجب أن تكون السياسات والمبادئ التوجيهية المتعلقة بالاتصالات الخارجية متاحة لجميع الموظفين ويمكن أن تساعد في ضمان عدم ارتكاب هذه الأخطاء.

يجب ألا تسمح التفاصيل المرفقة بالصور والمضمنة في القصص بتتبع الأشخاص (ولا سيما الأطفال) عند عودتهم إلى منزلهم أو مجتمعهم. ويجب تعطيل وضع العلامات الجغرافية للصور عند التقاط الصور.

الالتزام رقم 5

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم الوصول إلى آليات آمنة وفعّالة لمعالجة الشكاوى.

معيار الجودة: الشكاوى مرحب بها وتتم معالجتها.

مؤشرات الأداء

1. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة، بما في ذلك المجموعات الضعيفة والمهمشة، مدركة لوجود آليات الشكاوى التي وضعت من أجل أن تقوم باستخدامها.
2. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة تعتبر أن بإمكانها الوصول إلى آليات الاستجابة للشكاوى وأنها فعالة وسرية وآمنة.
3. يجري فحص الشكاوى وبتّها وإبلاغ أصحابها بالنتائج ضمن الإطار الزمني المعلن عنه.

الإجراءات الأساسية

1.5 التشاور مع المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات بشأن التصميم والتنفيذ ورصد عمليات معالجة الشكاوى.

- التصنيف حسب الجنس والعمر والإعاقة، لأن هذه المعايير قد تؤثر على آراء الناس بشأن الوصول إلى آليات الشكاوى وعقباتها.
- الموافقة على كيفية تقديم الشكاوى، وما قد يمنع الأشخاص والموظفين من الشكوى وكيف يرغبون في تلقي رد حول الشكاوى بالإضافة إلى التفكير في كيفية تسجيل الشكاوى وتتبعها وكيف سيتم دمج ما يتم تعلمه منها في التخطيط المستقبلي.
- استكشاف آليات الشكاوى المشتركة مع الوكالات الأخرى والشركاء ومقاولي الأطراف الثالثة.
- تدريب الموظفين على آلية الشكاوى.

2.5 الترحيب بالشكاوى وقبولها، وشرح كيفية الوصول إلى هذه الآلية ونطاق القضايا التي يمكن معالجتها.

- ينبغي مراعاة القيام بحملة إعلامية للمساعدة في رفع درجة الوعي بالمنظومة وبالإجراءات، مما يمنح الناس الفرصة لطرح المزيد من الأسئلة عن كيفية عملها.

3.5 إدارة الشكاوى في الوقت المناسب وبشكل نزيه وملائم يعطي الأولوية لسلامة مقدم الشكوى والمتضررين في جميع المراحل.

- التعامل مع كل شكوى على حدة، حتى لو كان العديد منها يغطي قضايا مماثلة.
- تقديم الاستجابة خلال إطار زمني محدد. يجب أن يعرف الشاكي متى يتوقع الوصول على رد لشكواه.
- مراعاة الإدارة أو الانخراط المجتمعي في نظام التعامل مع الشكاوى.

مسؤوليات المنظمات

4.5 وضع إجراء للرد على شكاوى المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة وتوثيقه وينبغي أن يغطي هذا الإجراء البرمجة والاستغلال والانتهاك الجنسيين والأشكال الأخرى لسوء استخدام السلطة.

- الاحتفاظ بسجلات عن كيفية إعداد آلية الشكاوى، ومعايير القرار، وجميع الشكاوى المقدمة، وكيفية الرد عليها، وفي أي إطار زمني.
- يجب الحرص على ضمان سرية المعلومات المتعلقة بالشكاوى بما يتفق بدقة مع سياسات حماية البيانات.
- العمل مع المنظمات الأخرى على آليات الشكاوى حيث يمكن أن يكون ذلك أقل إرباكًا للمجتمعات المحلية والموظفين.

5.5 تأسيس ثقافة تنظيمية تؤخذ فيها الشكاوى على محمل الجد والعمل على أساسها وفقاً لسياسات وعمليات محددة.

- المشاركة العلنية للسياسات المتعلقة بما يقع على عاتق المنظمة من واجب العناية بالناس الذين تهدف إلى مساعدتهم، وبمدونة قواعد السلوك، وبكيفية قيامها بحماية المجموعات التي قد تكون ضعيفة مثل النساء والأطفال والناس ذوي الاحتياجات الخاصة.
- وضع إجراءات تحقيق رسمية تلتزم بمبادئ السرية والاستقلالية والاحترام وإجراء التحقيقات بطريقة دقيقة وحسنة التوقيت ومهنية، وتلبية المعايير القانونية ومتطلبات قانون العمل المحلي. توفير التدريب للمديرين المعينين على التحقيقات وعلى التعامل مع سوء سلوك الموظفين، أو إتاحة الوصول إلى المشورة المتخصصة.
- تضمين إجراءات التظلم وسياسة الإبلاغ عن المخالفات للتعامل مع شكاوى الموظفين وتوعية الموظفين بها.

6.5 المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات ملمّون تماماً بسلوك العاملين في المجال الإنساني، بما في ذلك الالتزامات التنظيمية المتعلقة بمنع الاستغلال والانتهاك الجنسي.

- شرح عملية تقديم الشكاوى للمجتمعات والموظفين. إدراج آليات لكل من الموضوعات الحساسة (كتلك المتعلقة بالفساد والاستغلال والانتهاك الجنسيين أو سوء السلوك أو سوء التصرف) والمعلومات غير الحساسة (كتحديات استخدام معايير الاختيار).

7.5 إحالة الشكاوى التي لا تندرج ضمن نطاق المنظمة إلى طرف ذي صلة بطريقة تتفق مع الممارسات الجيدة.

- توضيح التوجيهات المتعلقة بماهية الشكاوى التي تقع ضمن اختصاص المنظمة وكيف ومتى يمكن إحالتها لمزودي خدمات آخرين.

ملاحظات إرشادية

تصميم آلية للشكاوى: يجب تقييم الديناميات الاجتماعية وديناميات القوة قبل اتخاذ القرار بشأن أفضل طريقة للتفاعل مع المجتمعات وإيلاء الاهتمام لاحتياجات كبار السن والنساء والفتيات والأولاد والرجال والأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم ممن قد يتعرضون للتهميش، بالإضافة إلى ضمان أن يكون لهم رأي في تصميم وتنفيذ أنظمة الشكاوى.

التوعية بشأن كيفية تقديم الشكوى: ستوجد حاجة إلى الوقت والموارد لضمان معرفة الأشخاص المتضررين بالخدمات والمواقف والسلوكيات التي يمكن لهم توقعها من المنظمات الإنسانية. كما يجب أن يعرفوا أيضًا ماذا يفعلون وأين يقدمون الشكوى إذا فشلت منظمة إنسانية في الوفاء بهذه الالتزامات.

يجب أن تصمم الآلية بحيث يطمئن هؤلاء الأشخاص إلى أنهم سيتمكنون دائمًا من تقديم الشكوى بسرية ودون خوف من الانتقام.

كما يجب إدارة التوقعات حيث قد تعتقد المجتمعات أن عملية الشكاوى يمكن أن تحل جميع مشاكلها. ويمكن أن يولد هذا شعورًا بالإحباط وخيبة الأمل إذا كانت التغييرات المتوقعة خارج سيطرة الوكالة.

إدارة الشكاوى: عندما تكون الشكوى خارجة عن سيطرة المنظمة ومسؤوليتها، يتم شرح الأمر بوضوح لصاحب الشكوى. ويجب إحالة الشكوى إلى المنظمة المناسبة كلما كان ذلك ممكنًا ومتوافقًا مع مقدم الشكوى. كما يجب التنسيق مع الوكالات والقطاعات الأخرى لضمان نجاح هذه العملية بفعالية.

يجب على الموظفين المدربين فقط التحقيق في مزاعم الاستغلال والانتهاك الجنسيين من قبل العاملين في المجال الإنساني.

يجب توفير وسيلة الإحالة السرية للحصول على مزيد من الرعاية والدعم (مثل الصحة العقلية والدعم النفسي أو الرعاية الصحية الأخرى) للشاكين وفقًا لرغبتهم.

تشكل الشكاوى المجهولة والمؤذية تحديات محددة لأن مصدرها غير معروف. وقد تكون هذه إشارة تحذيرية للمنظمة عن حالة من الاستياء الأساسي وستحتاج أي عملية متابعة للتحقيق في ما إذا كان هناك أي سبب غير معترف به سابقًا للشكوى.

حماية مقدمي الشكاوى: توخ الحذر عند تحديد من يحتاج إلى معرفة المعلومات داخل المنظمة. قد يواجه الأشخاص الذين يبلغون عن الاعتداء الجنسي وصمة عار اجتماعية وخطر حقيقي من الجناة وعائلاتهم. بالتالي، قم بتصميم آلية تضمن التعامل مع شكواهم بسرية تامة. كما يجب وضع سياسة للإبلاغ عن المخالفات لحماية الموظفين الذين يلقون الضوء على المخاوف بشأن البرامج أو سلوك الزملاء.

يجب أن تغطي سياسات حماية البيانات مدة الاحتفاظ بأنواع معينة من المعلومات وفقًا لقوانين حماية البيانات ذات الصلة.

عملية معالجة الشكاوى: هي ضمان أن كل من موظفي المنظمة والمجتمعات التي تخدمها لديهم الفرصة للإبلاغ عن الشكاوى. يمكن اعتبار هذه الشكاوى فرصة لتحسين المنظمة وعملها. كما يمكن للشكاوى أن تشير إلى تأثير وملاءمة التدخل والمخاطر المحتملة وأوجه الضعف ودرجة رضا الناس عن الخدمات المقدمة.

الاستغلال والانتهاك الجنسيان للأشخاص المتضررين من الأزمة: تعتبر المنظمة وإدارتها العليا مسؤولين عن ضمان وجود آليات وإجراءات الشكاوى الخاصة بالتقييم الاستراتيجي للبيئة وأن تكون آمنة وشفافة ويسهل الوصول إليها وسرية. عند الاقتضاء ينبغي للمنظمات النظر في إدراج بيانات محددة حول التعاون مع التحقيقات في قضايا التقييم الاستراتيجي للبيئة في اتفاقات الشراكة الخاصة بهم.

ثقافة المنظمة: على المديرين والموظفين الكبار أن يكونوا نموذجاً لثقافة تتسم بالاحترام المتبادل بين الموظفين والشركاء والمتطوعين والناس المتضررين من الأزمة، وأن يحثوا الآخرين عليها. كما أن دعمهم لتطبيق آليات الشكاوى المرفوعة من المجتمع يعتبر حيوياً.

يجب أن يكون الموظفون على دراية بكيفية التعامل مع الشكاوى أو ادعاءات سوء الاستخدام. في حالة النشاط الإجرامي أو حيث تم كسر القانون الدولي، يجب أن يعرف الموظفون كيفية الاتصال بالسلطات المختصة.

ويجب على المنظمات العاملة مع أطراف شريكة أن تتفق على كيفية تقديم ومعالجة الشكاوى (بما في ذلك ضد بعضها البعض).

مسلك الموظفين ومدونة قواعد السلوك: يجب أن يكون لدى المنظمات مدونة سلوك للموظفين يتم اعتمادها من قبل الإدارة العليا ويتم الإعلان عنها.

يجب أن تطبق سياسة خاصة بحماية الأطفال على جميع الموظفين والشركاء، ويجب توفير دورات تعريفية وتدريبية خاصة بمعايير السلوك المأمولة.

يجب أن يعرف الموظفون ويدركوا عواقب مخالفة قواعد السلوك ⊕ انظر الالتزام رقم 3 ورقم 8.

الالتزام رقم 6

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون مساعدة منسقة ومتكاملة.

معيار الجودة: الاستجابة الإنسانية منسقة ومتكاملة.

مؤشرات الأداء

1. تقوم المؤسسات بتقليل الفجوات والتداخلات التي تحددها المجتمعات والشركاء المتضررين من خلال العمل المنسق.
2. المنظمات المستجيبة للأزمة – بما في ذلك المنظمات المحلية- تتشارك في المعلومات ذات الصلة من خلال آليات تنسيق رسمية وغير رسمية.
3. تنسق المنظمات فيما بينها عمليات التقييم للاحتياجات وإيصال الإعانة الإغاثية ومراقبة تطبيقها.
4. تشير المنظمات المحلية إلى المشاركة والتمثيل الكافيين في آليات التنسيق.

الإجراءات الأساسية

1.6 تحديد أدوار ومسؤوليات وقدرات ومصالح مختلف الجهات المعنية.

- النظر في التعاون من أجل تحسين قدرة المجتمعات المحلية والحكومات المضيفة والمانحين والقطاع الخاص والمنظمات الإنسانية (المحلية والوطنية والدولية) مع اختصاصات وخبرات مختلفة.
- اقتراح وقيادة التقييمات المشتركة والتدريبات والتقييمات عبر المنظمات والأطراف المعنية الأخرى لضمان اتباع نهج أكثر تماسكًا.

2.6 التأكد من أن الاستجابة الإنسانية تكمل استجابة السلطات الوطنية والمحلية والمنظمات الإنسانية الأخرى.

- الاعتراف بأن التخطيط العام وتنسيق جهود الإغاثة هو في النهاية مسؤولية الحكومة المضيفة. وتلعب المنظمات الإنسانية دورا أساسيا في دعم الاستجابة الإغاثية للدولة ومهمة التنسيق معها.

3.6 المشاركة في هيئات التنسيق ذات الصلة والتعاون مع الآخرين من أجل الحد من المطالب التي تواجه المجتمعات المحلية وتحقيق أقصى قدر من التغطية وتوفير خدمات الجهد الإنساني الأوسع.

- الدعوة إلى تطبيق معايير الجودة والإرشادات المعترف بها والالتزام بها من خلال التنسيق. استخدام هيئات التنسيق لوضع المعايير الإنسانية في سياقها، لا سيما المؤشرات، من أجل رصد الأنشطة وتقييمها بشكل جماعي والاستجابة العامة.
- تحديد نطاق الأنشطة والالتزامات، فضلاً عن أي تداخل مع هيئات التنسيق الأخرى وكيفية إدارة ذلك، على سبيل المثال ، فيما يتعلق بالمساءلة والتنسيق بين الجنسين والحماية.

4.6 تبادل المعلومات اللازمة مع الشركاء ومجموعات التنسيق وغيرها من الجهات الفاعلة ذات الصلة من خلال قنوات الاتصال المناسبة.

- احترام استخدام اللغة/اللغات المحلية في اللقاءات والمجتمعات الأخرى ودراسة الحواجز أمام الاتصال حتى يتم تمكين الأطراف المعنية المحلية من المشاركة.
- التواصل بوضوح وتجنب المصطلحات والعامية، خاصة عندما لا يتكلم المشاركون الآخرون نفس اللغة.
- توفير مترجمين ومترجمين فوريين إذا لزم الأمر.
- التفكير في مكان الاجتماعات للسماح للأطراف المحليين بالمشاركة.
- العمل مع شبكات منظمات المجتمع المدني المحلي لضمان إدراج مساهمة الأعضاء.

مسؤوليات المنظمات

5.6 تشمل السياسات والاستراتيجيات التزاماً واضحاً بالتنسيق والتعاون مع آخرين، بما في ذلك السلطات الوطنية والمحلية، من دون الإضرار بالمبادئ الإنسانية.

- اشتمال التنسيق بين السياسات التنظيمية واستراتيجيات التوريد. وينبغي على المنظمة توفير بيان حول كيفية المشاركة مع الشركاء والسلطات المضيفة والجهات الفاعلة الأخرى في المجال الإنساني (وغير الإنساني عند الاقتضاء).
- ينبغي أن يحظى الموظفون الذين يمثلون الوكالات في اجتماعات التنسيق على المعلومات والمهارات والسلطات المناسبة للمساهمة في التخطيط واتخاذ القرارات. ويجب توضيح مسؤوليات التنسيق في الوصف التوظيفي للموظفين.

6.6 يخضع العمل مع الشركاء لأحكام اتفاقات واضحة ومنسّقة تحترم أهداف والتزامات واستقلال كل شريك، وتدرك القيود والالتزامات الخاصة بكل منهم.

- تتشارك المنظمات المحلية والوطنية أو تتعاون مع الشركاء في الوصول لرؤية مشتركة للولاية التنظيمية بين بعضهم البعض وللأدوار والمسؤوليات المتبادلة، من أجل اتخاذ إجراءات فعالة وقابلة للمساءلة.

ملاحظات إرشادية

العمل مع القطاع الخاص: يستطيع القطاع الخاص جلب الكفاءات التجارية والخبرات والموارد التكميلية للمنظمات الإنسانية. وعلى أقل تقدير، لا بد من مشاركة المعلومات لتجنب حدوث ازدواجية وتعزيز الممارسة الإنسانية الجيدة.

يجب ضمان التزام الشركات الشريكة بحقوق الإنسان الأساسية وأنها ليس لها تاريخ في إدامة عدم المساواة أو الممارسات التمييزية.

وينبغي أن تضمن المشاركات مع القطاع الخاص توفير فوائد جلية للمتضررين من الأزمات، مع تفهم وجود أهداف إضافية تخص الجهات الفاعلية في القطاع الخاص.

التنسيق المدني العسكري: ينبغي على المنظمات الإنسانية أن تبقى متميزة بوضوح عن المؤسسة العسكرية لتجنب أي ارتباط فعلي أو متصور بأي أجندة سياسية أو عسكرية يمكن أن يؤثر سلباً على حيادية الوكالة واستقلالها ومصداقيتها وأمنها وحرية وصولها إلى التجمعات البشرية المتضررة من الأزمة.

يمتلك الجيش خبرات وموارد خاصة تشمل ما يتعلق بالأمن واللوجيستيات والنقل والتواصل. ومع ذلك يجب أن تصب أي صلة مع الجيش في مصلحة الوكالات الإنسانية وتكون تحت إدارتها ويجب أن تتوافق مع المبادئ التوجيهية المعتمدة ⊕ انظر ما هو اسفير، الميثاق الإنساني ومبادئ الحماية. وستحافظ بعض المنظمات على الحد الأدنى من الحوار لضمان الكفاءة التشغيلية، في حين قد تنشئ منظمات أخرى روابط أقوى.

العناصر الثلاثة الرئيسية للتنسيق المدني العسكري هي تبادل المعلومات والتخطيط وتقسيم المهام. ويجب أن يُجرى الحوار في كل مكان وفي كل السياقات وعلى كل المستويات.

المساعدة التكميلية: تحظى شبكات المنظمات المحلية والسلطات المحلية والمجتمع المدني بقدر كبير من الخبرة الخاصة بكل سياق. وقد تحتاج تلك الشبكات إلى تلقي الدعم اللازم لإعادة بناء نفسها بعد تأثرها بالأزمات وينبغي إشراكها وتمثيلها عند تنسيق جهد الاستجابة.

عندما تكون السلطات طرفًا في النزاع، ينبغي على الجهات الفاعلة في المجال الإنساني استخدام حكمها فيما يتعلق باستقلال السلطات، مع إبقاء مصالح الأشخاص المتضررين في مركز صناعة القرار.

التنسيق: يمكن أن يساهم التنسيق بين القطاعات في تناول احتياجات الناس بشكل كلي وليس بمعزل عن بعضها البعض. على سبيل المثال ، يجب أن يتم التنسيق في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي عبر قطاعات الصحة والحماية والتعليم ، من خلال تكوين مجموعة عمل تقنية من هؤلاء الاختصاصيين.

يتولى مسؤولو التنسيق مسؤولية ضمان أن تكون الاجتماعات ومشاركة المعلومات حسنة الإدارة وفعالة وموجهة نحو تحقيق النتائج.

ولا يجوز للجهات الفاعلة المحلية المشاركة في آليات التنسيق إذا بدا أنها ذات صلة بالوكالات الدولية فقط بسبب اللغة أو الموقع.

قد يلزم وضع آليات تنسيق وطنية وشبه وطنية، ويجب أن يكون لديها خطوط تقارير واضحة.

تؤدي المشاركة في آليات التنسيق قبل وقوع الكارثة إلى بناء العلاقات وتعزيز التنسيق أثناء الاستجابة. وينبغي ربط هياكل التنسيق في حالات الطوارئ بخطط التنمية الأطول أجلاً وهيئات التنسيق حيثما وجدت.

كما ينبغي للآليات الدولية المشتركة بين الوكالات لتنسيق حالات الطوارئ أن تدعم آليات التنسيق الوطنية. وفي حالة تقديم المساعدة للاجئين، تستخدم مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين آلية تنسيق شؤون اللاجئين.

تبادل المعلومات (بما فيها المالية): بين مختلف الأطراف المعنية ومختلف آليات التنسيق يزيد من فرص التعرف على الثغرات أو الازدواجية.

العمل مع الشركاء: قد تظهر أنماط مختلفة من الترتيبات مع الشركاء تتراوح بين التعاقدية الصرفة والمشاركة في صناعة القرار والمشاركة في الموارد.

ويجب احترام ولاية المنظمات الشريكة ورؤيتها واستقلاليتها. وتحديد فرص التنمية والتعلم المتبادلة وما يمكن أن يستفيد منه الطرفان من الشراكة لأنها تزيد من معرفتهما وقدراتهما وتضمن لهما استعدادًا أفضل للاستجابة وتوفر لهما خيارات استجابة أكثر تنوعًا.

ويمكن أن يتيح التعاون على المدى الطويل بين منظمات المجتمع المدني المحلية والوطنية والمنظمات الدولية زيادة المعرفة وزيادة قدرات جميع الشركاء، ويضمن لهم استعدادًا أفضل للاستجابة وتوفير خيارات استجابة أكثر تنوعًا.

الالتزام رقم 7

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا تقديم مساعدة مطورة لأن المنظمات تتعلّم من التجارب والرصد.

معيار الجودة: الجهات الفاعلة في المجال الإنساني يتعلمون ويتطورون باستمرار.

مؤشرات الأداء

1. يحدد الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة التحسينات المدخلة فيما تتلقاه من مساعدة وحماية بمرور الوقت.
2. يتم إدخال التحسينات على تدخلات المساعدة والحماية نتيجة للتعلم المتولد من الاستجابة الإغاثية الراهنة.
3. ما يقدم من مساعدة وحماية يُظهر ما جرى تعلمه من الاستجابات الإغاثية الأخرى.

الإجراءات الأساسية

1.7 الاستفادة من الدروس المستخلصة والخبرات السابقة عند تصميم البرامج.

- تصميم نظم رصد بسيطة ومُيسرة مع إدراك أن المعلومات يجب أن تُمثلها مجموعات مختلفة، ومع توضيح من الذي استفاد من برامج سابقة ومن لم يستفد.
- التفكير في أوجه الفشل وأوجه النجاح كذلك.

2.7 تعلم وابتكار وتنفيذ تغييرات على أساس الرصد والتقييم والتعقيبات والشكاوى.

- استخدام نهج الاستماع المفتوح وغيره من نهج المشاركة النوعية. ويعد الأشخاص المتضررون من الأزمة أفضل مصدر للمعلومات عن الاحتياجات والتغييرات التي تطرأ في الوضع.
- مشاركة ومناقشة التعلم مع المجتمعات، وسؤالهم عما يرغبون في تنفيذه بشكل مختلف وكيفية تعزيز دورهم في صنع القرار أو الإدارة.

3.7 تبادل التعلم والابتكار داخلياً، مع المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات، ومع الجهات المعنيّة الأخرى.

- عرض المعلومات التي يتم جمعها من خلال الرصد والتقييم في صيغة مُيسرة تتيح المشاركة وصنع القرار ⊕ انظر الالتزام رقم 4.
- تحديد طرق دعم أنشطة التعلم على نطاق النظام.

مسؤوليات المنظمات

7.4 توافر سياسات التقييم والتعلم، والوسائل متاحة للتعلم من الخبرات وتحسين الممارسات.

- تتضمن المنظمات خطة لمراجعة وتحسين الأداء تستند إلى مؤشرات موضوعية قابلة للقياس في دورة التعلم الخاصة بها.
- يتفهم جميع الموظفين مسؤولياتهم فيما يتعلق برصد مدى التقدم في عملهم. وكيف يمكن للتعلم أن يسهم في تطورهم المهني.

7.5 وجود آليات لتسجيل المعرفة والخبرة، وجعلها ميسورة في جميع أقسام المنظمة.

- يؤدي التعلم في إطار المنظمة إلى إحداث تغييرات عملية (مثل الاستراتيجيات المحسّنة لإجراء التقييمات، وإعادة تنظيم الفرق لتحقيق استجابة أكثر تماسكًا وتوضيح مسؤوليات صناعة القرار).

7.6 تساهم المنظمة في التعلم والابتكار في الاستجابة الإنسانية بين الأقران وداخل القطاع.

- تجميع ونشر تقارير عن الاستجابات الإنسانية، بما في ذلك الدروس الأساسية المستفادة وتوصيات عن الممارسات المنقحة لتبنيها خلال الاستجابات المستقبلية.

ملاحظات إرشادية

التعلم من التجربة: تتلاءم المناهج والطرق المختلفة مع أهداف الأداء والتعلم والمساءلة المختلفة:

الرصد – وهو عبارة عن جمع مجموعات البيانات العادية لأنشطة المشروع وأدائه – حيث يمكن استخدامها لتصحيح المسار. ويجب استخدام البيانات النوعية والكمية للرصد والتقييم؛ تثليث البيانات والحفاظ على سجلات متسقة والنظر في الأخلاقيات المتعلقة بكيفية جمع البيانات وإدارتها والإبلاغ عنها، وتحديد البيانات التي يتم جمعها وكيف يتم تقديمها بناءً على الاستخدام المقصود ومستخدمي البيانات. لا تُجمع البيانات التي لن يتم تحليلها أو استخدامها.

المراجعات خلال الوقت الفعلي – وهي تدريبات تقييم تُجرى لمرة واحدة، وتشمل من يعملون في المشروع ويمكن استخدامها لتصحيح المسار.

التعقيبات – وهي المعلومات المستلمة من الأشخاص المتضررين، وليس بالضرورة في إطار الهياكل، والتي يمكن استخدامها لتصحيح المسار. ويعد الأشخاص المتضررون من الأزمات أفضل من يحكمون على التغيرات التي تطرأ على حياتهم.

المراجعات بعد تنفيذ العمل – وهي تدريبات تُجرى لمرة واحدة تشمل من يعملون بالمشروع، وتُجرى بعد استكمال المشروع لتحديد عناصر الاستبقاء والتغيير في المشروعات المستقبلية.

التقييمات – وهي أنشطة رسمية لتحديد قيمة أي نشاط أو مشروع أو برنامج بشكل موضوعي. ويُجريها عادة أشخاص من خارج المشروع. ويمكن أن تكون فورية (للسماح بتصحيح المسار) أو بعد الانتهاء من المشروع، لتوفير التعلم لحالات مماثلة ولنشر السياسة.

البحث – وهو يتضمن إجراء استقصاء منهجي من خلال طرح أسئلة محددة تتعلق بالعمل الإنساني، وتستخدم عادة لنشر السياسات.

الابتكار: غالباً ما تؤدي الاستجابة للأزمات إلى الابتكار حيث يتكيف الناس والمنظمات مع البيئات المتغيرة. ويلجأ الأشخاص المتضررون من الأزمة إلى الابتكار أثناء تكيفهم مع ظروفهم الخاصة؛ وقد يستفيدون من الدعم الذي يشملهم بشكل أكثر منهجية من خلال عمليات الابتكار والتطوير.

التعاون ومشاركة الدروس: يعد التعلم التعاوني مع الوكالات الأخرى والهيئات الحكومية وغير الحكومية والهيئات الأكاديمية التزامًا مهنيًا، ويمكنه تقديم وجهات نظر وأفكار جديدة، فضلاً عن تعظيم استخدام الموارد المحدودة. كما يساعد التعاون أيضًا في تقليل عبء التقييمات المتكررة في نفس المجتمع.

عمدت جمعيات مختلفة إلى استخدام تدريبات تعليم الأقران وهي التي يمكن القيام بها لرصد التقدم في الزمن الحقيقي أو كتدريب تأملي فيما بعد الحالة الطارئة.

يمكن لشبكات ومجتمعات الممارسة العملية (بما في ذلك البيئة الأكاديمية) أن تخلق فرصًا للتعلم من خلال مجموعات الأقران، سواء في الموقع أو في مراجعات ما بعد العمل أو منتديات التعلم. ويمكن أن تقدم هذه الشبكات والمجتمعات مساهمة هامة في الممارسة التنظيمية والتعلم على مستوى النظام. كما يمكن أن تُساعد تحديات المشاركة وكذلك النجاحات بين الأقران العاملين في المجال الإنساني في تحديد المخاطر وتجنب الأخطاء المستقبلية.

تعد الأدلة المتوفرة عبر القطاعات مفيدة بشكل خاص. ومن المرجح أن تساهم معرفة الأدلة ومراجعتها بين المنظمات في التغيير التنظيمي من الدروس المستفادة داخل منظمة واحدة.

ويمكن أن يؤدي الرصد الذي يقوم به الأشخاص المتضررون من الأزمة أنفسهم إلى تعزيز الشفافية والجودة والتشجيع على ملكية المعلومات.

سياسات التقييم والتعلم: إن الدروس الأساسية والمجالات المحددة للتحسين لا تعالج دائماً على نحو منتظم، ولا يمكن اعتبار أنه قد جرى التعلم من الدروس ما لم تُحدث تغييرات ملموسة في الاستجابات الإغاثية الراهنة أو الآتية.

إدارة المعرفة والتعلم داخل المنظمة: تشتمل إدارة المعرفة على جمع المعارف والتعلم في إطار المنظمة وتطويرها ومشاركتها وتخزينها واستخدامها بفعالية. وفي أغلب الأحيان يكون الموظفون الوطنيون ذوو العقود الأطول أجلًا بمثابة عناصر أساسية للحفاظ على المعرفة والعلاقات المحلية.

ينبغي أن يمتد التعلم إلى الجهات الفاعلة الوطنية والإقليمية والمحلية ويساعدهم على تطوير أو تحديث خطط الاستعداد لمواجهة الأزمات.

الالتزام رقم 8

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة التي يحتاجون إليها من قبل موظفين ومتطوعين يتمتعون بكفاءة وإدارة جيدة.

معيار الجودة: يتم دعم الموظفين للقيام بعملهم على نحو فعال، ويتمّ التعامل معهم بطريقة عادلة ومنصفة.

مؤشرات الأداء

1. يشعر جميع الموظفون بأن منظمتهم تدعمهم للقيام بعملهم.
2. يلبي الموظفون أهدافهم المتعلقة بالأداء على نحو مُرض.
3. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة تقدّر بأن الموظفين فعالين من حيث معرفتهم ومهاراتهم وتصرفاتهم ومواقفهم.
4. تُدرك المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة قواعد السلوك الإنسانية وكيفية إثارة المخاوف بشأن الانتهاكات.

الإجراءات الأساسية

1.8 يعمل الموظفون وفقاً لولاية المنظمة وقيمها ويدركون معايير الأداء المتفق عليها.

- قد تنطبق شروط وأحكام مختلفة على الموظفين من مختلف الأنماط أو المستويات. وغالبًا ما يحدد قانون العمل الوطني وضع الفرد ويجب احترامه. كما يجب أن يُدرك جميع الموظفون وضعهم القانوني والتنظيمي سواء كان وطني أو دولي.

2.8 يلتزم الموظفون بالسياسات ذات الصلة بهم ويفهمون عواقب عدم الالتزام بها.

- تنطبق الحاجة إلى التوجيه والتدريب على الولاية التنظيمية والسياسات وقواعد السلوك في جميع الحالات، بما في ذلك النشر السريع أو توسيع النطاق.

3.8 يطور الموظفون ويستخدمون الكفاءات الشخصية والتقنيّة والإدارية اللازمة لأداء دورهم وفهم كيفية دعمهم من قبل المنظمة للقيام بذلك.

- قد تكون فرص تطوير الموظفين الرسميين محدودة في المرحلة الأولى من الاستجابة، ولكن ينبغي على المديرين تقديم التوجيه اللازم بشأن التدريب الوظيفي على أقل تقدير.

مسؤوليات المنظمات

4.8 المنظمة لديها القدرة الإدارية والكادر الوظيفي اللازم لتنفيذ برامجها.

- توظيف الأشخاص الذين سيساهمون في زيادة إمكانية الوصول إلى الخدمات وتجنب أي مفهوم للتمييز، مع مراعاة اللغة والعرق والجنس والإعاقة والعمر.
- مراعاة طريقة معالجة المنظمة لفترات ذروة الطلب مقدمًا الخاصة بالموظفين المؤهلين.
توضيح الأدوار والمسؤوليات على المستوى القطري بالإضافة إلى مسؤوليات اتخاذ صناعة القرار والاتصالات الداخلية.
- تجنب توزيع الموظفين لفترات زمنية قصيرة مما يؤدي إلى ارتفاع معدل تبديل الموظفين، ويقوض الاستمرارية وجودة البرنامج، وقد يؤدي إلى تخلي الموظفين عن مسؤوليتهم الشخصية للمهام.
- تبني ممارسات توظيف أخلاقية لتجنب حدوث تقويض لقدرة المنظمات غير الحكومية المحلية.
- تطوير الموظفين المُعينين محليًا الذين يُحتمل بقائهم لفترات أطول. وفي الوكالات متعددة الاختصاصات يجب تدريب الموظفين الخاضعين للتطوير وتجهيزهم للاستجابة الإنسانية.

5.8 سياسات وإجراءات التوظيف عادلة وشفافة وغير تمييزية ومتوافقة مع قانون العمل المحلي.

- يجب أن تدعم سياسة المنظمة وممارساتها دور الموظفين الوطنيين على صعيدي الإدارة والقيادة لضمان الاستمرارية والذاكرة المؤسسية والاستجابات الأكثر ملاءمة للسياق.

6.8 الوصف الوظيفي وأهداف العمل وعمليات استقبال التعقيبات موجودة حتى يصبح لدى الموظفين فهم واضح لما هو مطلوب منهم.

- ينبغي أن يكون الوصف الوظيفي دقيق ويتم تحديثه باستمرار.
- يضع الموظفون أهدافًا فردية لطموحاتهم في العمل وكفاءاتهم ويتم توثيقها في خطة التطوير.

7.8 وجود مدونة قواعد السلوك تؤسس، كحد أدنى، لالتزام الموظفين بعدم استغلال الناس أو إساءة معاملتهم أو التمييز ضدهم بأي طريقة أخرى.

- ينبغي أن تكون مدونة قواعد السلوك الخاصة بالمنظمة مفهومة وموقعة ومعمولًا بها، بحيث يكون واضحاً لجميع ممثلي المنظمة (بما في ذلك الموظفون والمتطوعون والشركاء والمتعاقدون) معايير السلوك والتصرف المأمولة وما ستكون عليه العواقب في حال خرق مدونة القواعد.

8.8 وجود سياسات لدعم الموظفين لتحسين مهاراتهم وكفاءاتهم.

- يجب أن يكون لدى المنظمات آليات لمراجعة أداء الموظفين وتقييم الثغرات الموجودة في القدرات وتطوير المواهب.

9.8 وجود سياسات لتحقيق أمن ورفاهية الموظفين.

- تمارس الوكالات واجب العناية بعمالها ويتولى المديرون مهمة توعية العاملين في المجال الإنساني بالمخاطر وحمايتهم من التعرض لتهديدات غير ضرورية تمس صحتهم الجسدية والنفسية.
- وتشمل التدابير التي يمكن اعتمادها: إدارة الأمن بفعالية، وتقديم المشورة الصحية الوقائية، ودعم تبني ساعات العمل المعقولة والحصول على الدعم النفسي اللازم.
- وضع سياسة تعبر عن عدم التسامح مطلقًا مع المضايقات وسوء المعاملة، بما في ذلك التعرض للتحرش الجنسي وسوء المعاملة في مكان العمل.
- وضع استراتيجيات وقاية واستجابة شاملة للتصدي لحوادث التحرش الجنسي والعنف، على النحو الذي يختبره أو يرتكبه الموظفون بتلك المنظمات.

ملاحظات إرشادية

الموظفون والمتطوعون: يُعتبر أي ممثل معتمد عن المنظمة موظفًا، بما في ذلك الموظفين الوطنيين أو الدوليين أو الدائمين أو المتعاقدين لأجل قصير، بالإضافة إلى المتطوعين والمستشارين.

كما يجب على المنظمات توعية الموظفين والمتطوعين لزيادة الوعي بالفئات المهمشة وتجنب الوصم والتوجهات والممارسات التمييزية.

الالتزام بالولايات التنظيمية والقيم والسياسات: من المتوقع أن يعمل الموظفون وفقًا للنطاق القانوني للمنظمة ووفقًا لمهمتها وقيمها ورؤيتها، والتي ينبغي تحديدها وإخطارهم بها. وبالإضافة إلى هذا الفهم الواسع لدور المنظمة وطرق عملها، يجب على الفرد العمل على مجموعة من الأهداف الشخصية وتوقعات الأداء المتفق عليها مع مديره.

يجب أن تضع السياسات التزامات واضحة لتحقيق التوازن بين الجنسين ضمن الموظفين والمتطوعين.

ينبغي أن تشجع السياسات على إقامة بيئة عمل مفتوحة وشاملة ومُيسرة لذوي الإعاقة. قد يشمل ذلك تحديد الحواجز التي تعيق الوصول إلى مكان العمل وإزالتها؛ وحظر التمييز على أساس الإعاقة؛ وتعزيز تكافؤ الفرص والمساواة في الأجر نظير العمل بقيمة متساوية؛ وتوفير ظروف تكيُف معقولة لذوي الإعاقة في مكان العمل.

كما ينبغي للشركاء الخارجيين والمتعاقدين ومقدمي الخدمات التعرف على السياسات وقواعد السلوك التي تنطبق عليهم، فضلاً عن عواقب عدم الامتثال (مثل إنهاء العقود).

معايير الأداء وتطوير الكفاءات: يتولى الموظفون وأصحاب العمل مسؤولية تطوير مهاراتهم – بما في ذلك المهارات الإدارية. وبمساعدة الأهداف ومعايير الأداء الواضحة، يجب أن يتعرفوا على المهارات والكفاءات

والمعرفة المطلوبة لأداء دورهم الحالي. وعليهم إدراك الفرص المتاحة للنمو والتطوير التي قد تكون متاحة أو مطلوبة. ويمكن تحسين الكفاءات من خلال الخبرة أو التدريب أو التوجيه.

هناك العديد من الطرق التي يمكن استخدامها لتقييم مهارات وسلوك الموظف، بما في ذلك مراقبة ومراجعة ناتج العمل وإجراء المناقشات المباشرة معهم ومقابلة زملائهم. ويجب أن تسمح تقييمات الأداء المنتظمة الموثقة للمديرين بتحديد مجالات الدعم والتدريب.

قدرة الموظفين ومؤهلاتهم: تختلف أنظمة إدارة شؤون الموظفين حسب الوكالة والسياق، ولكن يجب مراعاتها للممارسات الجيدة. ويجب النظر فيها وتخطيطها على المستوى الاستراتيجي بدعم من الإدارة العليا. كما ينبغي أن تراعي خطط المنظمة والمشروع قدرات الموظفين والتوازن بين الجنسين. ويجب وجود عدد كافٍ من الموظفين ذوي المهارات المناسبة في المكان المناسب وفي الوقت المناسب لتحقيق أهداف تنظيمية قصيرة وطويلة المدى.

وينبغي أن تتأكد المنظمات من امتلاك الموظفين للكفاءات اللازمة لدعم الاستماع المجتمعي وصناعة القرار وتنفيذ العمل. كما يجب تدريب الموظفين على كيفية تطبيق إجراءات التشغيل القياسية بحيث يسمح ذلك بتحقيق مستويات أعلى من التفويض واستجابات الأسرع.

يجب أن تكون جداول مراجعة الأداء مرنة بما يكفي لتشمل الموظفين الذين يعملون على المدى القصير، بالإضافة إلى الموظفين المُعينين بعقود مفتوحة. وينبغي إيلاء اهتمام كافٍ باختصاصات الاستماع، وإتاحة الدمج، وتيسير الحوار المجتمعي، وتمكين اتخاذ القرارات والمبادرات المجتمعية.

وعلى المنظمات الشريكة أن تتفق على الكفاءات المطلوب وجودها لدى الموظفين لكي يلبوا الالتزامات المتفق عليها.

السياسات والإجراءات الخاصة بالموظفين: سوف يعتمد نمط السياسات والإجراءات الخاصة بالموظفين ومدى تعقيدها على حجم كل وكالة وسياقها. وسواء كانت الوكالة بسيطة أو معقدة، ينبغي أن يشارك الموظفون في تطوير ومراجعة السياسات حيثما أمكن لضمان تمثيل أرائهم فيها. ويُسهل دليل الموظفين التعرف على السياسات وعواقب عدم الالتزام بها والتشاور بشأنها.

إرشاد الموظفين: يجب على كل موظف تحديد الأهداف الفردية التي تشمل طموحات العمل الخاصة بهم والكفاءات التي يأملون في تطويرها وتوثيقها في خطة التنمية.

لا تتمثل الاستجابة الفعالة ببساطة في ضمان وجود الموظفين المهرة ولكنها تعتمد أيضًا على طريقة إدارة الأفراد. وتبين الأبحاث المستقاة من سياقات الطوارئ أن الإدارة الفعالة والأطر والإجراءات لها الأهمية ذاتها مثل مهارات الموظفين في ضمان استجابة فعالة، إن لم تكن أكثر أهمية منها.

الأمن والسلامة: يعمل الموظفون في الغالب لساعات طويلة في ظروف مرهقة ومحفوفة بالمخاطر. ويتمثل واجب الوكالة في رعاية موظفيها الوطنيين والدوليين ويشمل ذلك إجراءات تعزيز الرفاه النفسي والبدني، وتجنب التعرض للإجهاد أو الإرهاق أو الإصابة أو المرض على المدى الطويل.

يمكن للمديرين أن يدعموا واجب العناية من خلال كونهم قدوة لغيرهم في الممارسات السليمة وفي التزامهم هم أنفسهم بالسياسات. كما يحتاج العاملون في المجال الانساني إلى أن يأخذوا على عاتقهم مسؤولية شخصية لتولي أمر رفاههم. ويجب تقديم الدعم النفسي الاجتماعي فوراً إلى العاملين الذين خاضوا أو شهدوا أحداثاً مأساوية.

ويجب تدريب الموظفين على تلقي معلومات بشأن حوادث العنف الجنسي التي قد يتعرض لها زملاؤهم. وتيسير الوصول إلى تدابير تحقيق وردع صارمة لتعزيز الثقة والمساءلة. وعند وقوع حادثٍ ما، ينبغي تبني نهج

يرتكز على مساعدة الناجين لتقديم الدعم الطبي والنفسي لهم، ويتضمن هذا النهج الاعتراف بالصدمة غير المباشرة. ويجب أن يكون هذا النهج فعالًا وشاملًا لاحتياجات الموظفين المغتربين والوطنيين.

وعلى أخصائي الصحة العقلية المناسب من الناحية الثقافية واللغوية الاتصال بجميع الموظفين والمتطوعين الوطنيين والدوليين بعد فترة تتراوح من شهر إلى ثلاثة أشهر من نجاتهم من حادث أليم محتمل. ويجب على الأخصائي تقييم حالة الناجين وإحالتهم للعلاج السريري عند اللزوم.

التزام رقم 9

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا أن المنظمات التي تساعدهم تدير الموارد بفعالية كفاءة وبشكل أخلاقي.

معيار الجودة: الموارد تُدار وتُستخدم بطريقة مسؤولة لتحقيق الهدف المنشود.

مؤشرات الأداء

1. إدراك الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة للموازنات المخصصة للمجتمع والمصروفات وما تحقق من نتائج.
2. مراعاة الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة للموارد المتوفرة التي يُجرى استخدامها:
   a. للغاية المقصودة منها؛
   b. بدون أي هدر أو تحويل للمصادر.
3. يتم استخدام ورصد الموارد التي جمعت من أجل الاستجابة وفق ما اعتُمد من خطط وأهداف وموازنات وأطر زمنية.
4. تنفذ الاستجابة الإنسانية بطريقة غير مكلفة.

الإجراءات الأساسية

1.9 تصميم برامج وتنفيذ عمليات لضمان الاستخدام الفعال للموارد، وتحقيق التوازن بين الجودة والتكلفة والتنفيذ في الوقت المناسب في كل مرحلة من مراحل الاستجابة الإنسانية.

- تهيئة الإجراءات في الأزمات السريعة لتمكين اتخاذ قرارات مالية ومواجهة التحديات على نحو أسرع (على سبيل المثال، نقص الموردين المتاحين للقيام بمناقصات تنافسية).

2.9 إدارة واستخدام الموارد لتحقيق الغرض المقصود منها، والحد من الهدر.

- ضمان وجود موظفين يمتلكون مهارات وأنظمة محددة لإدارة المخاطر المتعلقة بالمشتريات والمساعدة النقدية وإدارة المخزون.

3.9 إدارة النفقات وإعداد التقارير وفقًا للميزانية.

- إنشاء نظم للتخطيط والرصد المالي لضمان الوفاء بأهداف البرنامج بما في ذلك إجراءات التخفيف من مخاطر الإدارة المالية الرئيسية.
- تتبع كافة المعاملات المالية.

4.9 مراعاة تأثير استغلال الموارد المحلية والطبيعية على البيئة.

- إجراء تقييم سريع للتأثير البيئي لتحديد المخاطر وإدراج تدابير التخفيف اللازمة في أقرب وقت ممكن في الاستجابة أو البرنامج.

5.9 إدارة مخاطر الفساد واتخاذ التدابير المناسبة إذا تم تحديده.

- توثيق معايير التمويل ومصادره. واعتماد الشفافية والصدق فيما يتعلق بمعلومات المشروع.
- تشجيع الأطراف المعنية على الإبلاغ عن أي إساءة استخدام للسلطة.

مسؤوليات المنظمات

6.9 وضع السياسات والعمليات التي تحكم استخدام الموارد وإدارتها، بما في ذلك كيف تقوم المنظمة بما يلي:

a. قبول وتخصيص الأموال والهدايا العينية أخلاقياً وقانونياً.
b. استخدام مواردها بطريقة مسؤولة بيئياً.
c. منع تفشي حالات الفساد والاحتيال وتضارب المصالح وسوء استخدام الموارد والتصدي لها.
d. إجراء مراجعة الحسابات، والتحقق من الامتثال والإبلاغ بشفافية.
e. تقييم وإدارة المخاطر والتخفيف من آثارها على نحو مستمر.
f. التأكد من أن قبول الموارد لا يضر باستقلالها.

ملاحظات إرشادية

الاستخدام الأمثل للموارد: يشير مصطلح «الموارد» إلى المُدخلات التي تحتاجها المنظمة للقيام بمهمتها. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الأموال والموظفين والسلع والمعدات والوقت والأرض والبيئة بوجه عام.

عند وقوع أزمات حادة وبارزة، غالباً ما يزيد الضغط للاستجابة بسرعة وإثبات أن الوكالات تتحرك فعليًا لمعالجة الوضع. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى سوء تخطيط المشروع وعدم كفاية التركيز على استكشاف مختلف الخيارات المتاحة للبرنامج والخيارات المالية (على سبيل المثال ، استخدام المساعدات النقدية) التي قد تقدم قيمة أفضل مقابل المال.

ومع ذلك فإن زيادة خطر تفشي الفساد في هذه السياقات يعني أنه من المهم توفير التدريب والدعم للموظفين ووضع آليات لتقديم الشكاوى لمنع تفشي الفساد داخل النظم ⊕ انظر الالتزامين رقم 3 و5.

ويساعد نشر كبار الموظفين الخبراء خلال هذا الوقت على تخفيف المخاطر ويحقق التوازن بين توفير الاستجابة في وقت ملائم والالتزام بالمعايير والحد من الهدر في آن واحد.

ويمكن للتعاون والتنسيق بين المنظمات (والمجتمعات) المساهمة في استجابة أكثر كفاءة (مثلًا من خلال القيام بعمليات تقييم أو تقويم مشتركة ودعم منظومات التسجيل والإمداد فيما بين الوكالات).

عند انتهاء المشروع، ينبغي التبرع بالمواد والموارد الباقية أو بيعها أو إعادتها على نحو مسؤول.

استخدام الموارد للهدف المعتمد: تتولى جميع الجهات الفاعلة في المجال الإنساني المسؤولية أمام المانحين والمجتمعات المتضررة من الأزمة ويجب أن تكون قادرة على تبيان أن الموارد قد استخدمت بحكمة وبكفاءة وكانت حصيلتها مفيدة.

وينبغي أن تستوفي السجلات المحاسبية المعايير الوطنية أو الدولية المقبولة ويجب تطبيقها بشكل منظم داخل المنظمة.

كما يحول الاحتيال والفساد والهدر دون وصول الموارد لمن هم في أمس الاحتياج إليها. ومع ذلك لا يمكن أن يخضع التدخل غير الفعال بسبب نقص الموظفين أو قلة الموارد للمساءلة. فإن ما هو اقتصادي لا يساوي دائما القيمة مقابل المال. وغالبًا ما يتطلب الأمر وجود توازن بين الاقتصاد والفعالية والكفاءة.

رصد المصروفات ورفع التقارير بشأنها: يتقاسم جميع الموظفين مسؤولية ضمان إدارة الشؤون المالية بشكل جيد. ويتم تشجيع الموظفين على الإبلاغ عن أي عمليات احتيال أو فساد أو إساءة استغلال للموارد.

الآثار البيئية واستخدام الموارد الطبيعية: قد يكون للاستجابة الإنسانية أثر سلبي على البيئة. على سبيل المثال: قد تنجم عنها كميات ضخمة من النفايات، وتتسبب في تدهور الموارد الطبيعية، وتساهم في نضوب سطح الماء الجوفي أو تلويثه، وتؤدي إلى إزالة الغابات، وغيرها من المخاطر البيئية. وتعد الأنظمة البيئية ضرورية لرفاه الإنسان وحمايته من المخاطر الطبيعية. ويجب معالجة أي تأثير على البيئة كمسألة شاملة لعدة قطاعات، حيث أن هذه المخاطر يمكن أن تسبب أضرارًا إضافية ودائمة على الحياة والصحة وسبل العيش. يُعد إشراك الأشخاص المتضررين وشواغلهم في هذه العملية أمرًا أساسيًا. وينبغي دمج الدعم للإدارة المحلية للموارد الطبيعية في البرمجة.

إدارة مخاطر الفساد: لا يتشابه تعريف الممارسات الفاسدة ومفهومها في جميع الثقافات. ويُعد التعريف الواضح للسلوك المتوقع من الموظفين (بما في ذلك المتطوعين) والشركاء أمرًا أساسيًا في معالجة هذا الخطر ⊕ انظر الالتزام رقم 8.

ويمكن أن يساعد التعامل مع أعضاء المجتمع باحترام ووضع آليات رصد في الموقع والشفافية في التعامل مع الأطراف المعنية في الحد من مخاطر تفشي الفساد.

قد تتسبب **الهدايا العينية** في مشكلة أخلاقية. ويُعد منح الهدايا في العديد من الثقافات عرفًا اجتماعيًا هامًا، كما أن رفض الهدية يعتبر تصرفًا وقحًا. إذا كان تلقي الهدية سيسبب شعورًا بضرورة رد الدين، يجب على المتلقي رفضها بأدب. ولكن إذا قبلتها، فمن الحكمة الإعلان عن ذلك ومناقشة الأمر مع المدير إذا ظلت مخاوفك قائمة.

الحد من المخاطر من أجل الاستقلال التشغيلي والحياد التنظيمي من خلال إصدار إرشادات للموظفين والتشجيع على الشفافية. ويجب على الموظفين معرفة تلك السياسات والمعضلات المحتملة.

الموارد الطبيعية والتأثير البيئي: يجب أن تلتزم المنظمات بسياسات وممارسات سليمة بيئياً (بما في ذلك وضع خطة عمل وتقييم سريع للتأثير البيئي)، كما يجب أن تستفيد من المبادئ التوجيهية الموجودة من أجل المساعدة في حل القضايا البيئية في حالات الطوارئ.

تساعد سياسات الشراء الخضراء في تقليص الآثار السلبية على البيئة ولكن ثمة حاجة إلى إدارتها بطريقة لا تؤخر تقديم المساعدات أو تخفضها.

الفساد والاحتيال: ويشمل الاحتيال كلًا من السرقة أو تحويل السلع أو الممتلكات وتزوير سجلات مثل مطالبات النفقات. ويجب على كل منظمة الاحتفاظ بسجل دقيق للمعاملات المالية الجارية لإظهار كيفية استخدام الأموال. كما ينبغي وضع الأنظمة والإجراءات اللازمة لضمان تنفيذ الرقابة الداخلية على الموارد المالية ومنع الاحتيال والفساد.

وينبغي على المنظمة دعم الممارسات الجيدة المعترف بها في الإدارة المالية وتقديم التقارير. كما ينبغي للسياسات التنظيمية أن تضمن شفافية أنظمة الشراء وصرامتها، وأن تشمل تدابير لمكافحة الإرهاب.

تضارب المصالح: يجب على الموظفين التأكد من عدم وجود تعارض بين أهداف المنظمة ومصالحهم الشخصية أو المالية. على سبيل المثال يجب ألا يمنحوا عقودًا لموردين أو لمنظمات أو لأفراد إذا ثَبُت احتمالية تربحهم هم أو أسرهم ماليًا.

توجد أشكال مختلفة من تضارب المصالح، ولا يدرك الناس دائمًا أنهم يتعارضون مع القوانين والسياسات التنظيمية. على سبيل المثال، قد يُفسر استخدام موارد المنظمة بدون إذن أو تلقي هدايا من أحد الموردين على أنه تضارب في المصالح.

إن إنشاء ثقافة يشعر فيها الناس أن بإمكانهم أن يتحدثوا عن أي تضارب فعلي محتمل في المصالح وأن يفصحوا عنه علناً يعتبر عاملًا أساسياً في إدارتها.

تدقيق الحسابات والشفافية: قد يتخذ تدقيق الحسابات أشكالًا عدة. وتتحقق عمليات التدقيق الداخلية من أن الإجراءات يتم اتباعها، بينما تتحقق عمليات التدقيق الخارجية مما إذا كانت البيانات المالية للمنظمة صحيحة وعادلة. ويتم تنفيذ التدقيق الاستقصائي عندما تشك المنظمة في مشكلة محددة – عادة ما تكون احتيال.

ملحق
أسئلة إرشادية لرصد الأعمال الأساسية والمسؤوليات التنظيمية

فيما يلي بعض الأسئلة الإرشادية المتعلقة بالإجراءات الأساسية ومسؤوليات المنظمات الخاصة بالمعيار الإنساني الأساسي. يمكن استخدام تلك الأسئلة لدعم تصميم البرنامج أو كأداة لمراجعة المشروع أو الاستجابة أو السياسة.

الالتزام رقم 1 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة المناسبة والملائمة لاحتياجاتهم.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل جرى القيام بتقييم شامل واستشاري للقدرات والاحتياجات واستخدامه لتوجيه عملية التخطيط للاستجابة؟
2. هل يتم التشاور مع الأشخاص والمجتمعات المتضررة والمؤسسات المحلية والأطراف المعنية الأخرى (بما في ذلك المجموعات الممثلة عن النساء والرجال والفتيات والفتيان) عند تقييم الاحتياجات والمخاطر والقدرات ومواطن الضعف والسياق؟ هل تُصنف بيانات التقييم والرصد حسب الجنس والسن والإعاقة؟
3. كيف تم تحديد المجموعات المعرضة للخطر؟
4. هل يتم النظر في القضايا الشاملة ذات الصلة عند تحليل الاحتياجات والسياق؟
5. هل توفر الاستجابة المساعدة بطريقة تلائم احتياجات وتفضيلات الأشخاص المتضررين (على سبيل المثال: المساعدات العينية، النقدية)؟ هل تتوفر أنواع مختلفة من المساعدة و الحماية لمختلف المجموعات البشرية؟
6. ما هي الإجراءات المتخذة لتهيئة استراتيجية الاستجابة لتلائم المجموعات البشرية المختلفة، وفقًا للاحتياجات والقدرات والمخاطر والسياقات المتغيرة؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل تمتلك المنظمة التزامًا واضحًا بالسياسة تجاه العمل الإنساني القائم على الحقوق والنزاهة والاستقلالية، وهل يعرفها الموظفون؟
2. هل تنظر الأطراف المعنية إلى المنظمة على أنها نزيهة ومستقلة وغير تمييزية؟
3. هل تتضمن العمليات الفعلية آليات لجمع بيانات مصنفة حسب الجنس والسن والإعاقة وغيرها من السمات بوتيرة ثابتة؟
4. هل تستخدم هذه البيانات بانتظام لتوجيه تصميم البرامج وتنفيذها؟
5. هل تمتلك المنظمة التمويل وسياسات التوظيف والمرونة البرنامجية للسماح لها بتكييف الاستجابة مع الاحتياجات المتغيرة؟
6. هل تُجري المنظمة تحليلًا منهجيًا للسوق لتحديد أشكال المساعدة المناسبة؟

الالتزام رقم 2 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم الحصول على المساعدات الإنسانية التي يحتاجون إليها في الوقت المناسب.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يُجرى تحديد القيود مثل: الحواجز المادية أو التمييز والمخاطر وتحليلها بانتظام، ويُجرى تهيئة الخطط وفقًا لذلك مع الأشخاص المتضررين؟
2. هل يُراعي في التخطيط تحديد الأوقات المثلى لوضع الأنشطة، مع مراعاة عوامل مثل الطقس أو الفصل الموسمي أو العوامل الاجتماعية أو سهولة الوصول أو النزاع؟
3. هل يُجرى رصد حالات التأخر في تطبيق الخطط والأنشطة ثم تتم معالجتها؟
4. هل تُستخدم أنظمة الإنذار المبكر وخطط الطوارئ؟
5. هل تُستخدم المعايير التقنية المعتمدة ويتم تحقيقها؟
6. هل يجري التعرف على ما لم يلبّ من الاحتياجات ومعالجته؟
7. هل تُستخدم نتائج الرصد لتهيئة البرامج؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هناك عمليات واضحة لتقييم ما إذا كانت المنظمة تمتلك ما يكفي من القدرات والموارد المالية والموظفين المناسبين الجاهزين للنشر قبل الالتزام بأي برنامج؟
2. هل توجد سياسات وعمليات وموارد واضحة جاهزة وموضوعة لدعم عمليات الرصد والتقييم، ولاستخدام النتائج في الإدارة وصناعة القرار؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
3. هل توجد عمليات واضحة لتحديد المسؤوليات والأطر الزمنية من أجل صناعة القرار فيما يتعلق بمخصصات الموارد؟

الالتزام رقم 3 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة لا يتأثرون سلباً وهم أكثر استعداداً وقدرة على الصمود، وأقل تعرضاً للخطر نتيجة للعمل الإنساني.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل جرى التعرف على القدرات المحلية للقدرة على التكيف (أي: الهياكل والمنظمات والفرق غير الرسمية والقيادات وشبكات الدعم) وهل توجد خطط لتعزيز هذه القدرات؟
2. هل تُستخدم المعلومات الموجودة عن المخاطر ومصادر الخطر وأوجه الضعف والخطط المتعلقة بها في أنشطة البرامج؟
3. هل يشتمل البرنامج على الخدمات التي يمكن أن يقدمها المجتمع المدني المحلي أو الهيئات الحكومية أو هيئات القطاع الخاص وكيفية تقديمها؟ وهل وُضعت خطط لدعم تلك الهيئات عند قيامها بتقديم الخدمات ذات الصلة؟
4. هل صُممت استراتيجيات وإجراءات الحد من المخاطر وبناء القدرة على التكيف بالتشاور مع الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة أو بتوجيه منهم؟
5. بأي الطرق (سواءً الرسمية أم غير الرسمية) يتم التشاور مع القيادات أو السلطات المحلية لضمان تماشي استراتيجيات الاستجابة مع الأولويات المحلية أو الوطنية أو كليهما؟
6. هل يدعم الموظفون المبادرات المحلية بما فيه الكفاية، بما في ذلك مبادرات المساعدة الذاتية التي يتولاها المجتمع المحلي، وخاصة الموجهة للمجموعات المهمشة والأقليات والاستجابة الأولى وبناء القدرات للاستجابة في المستقبل؟
7. هل صُممت الاستجابة لتيسير التعافي المبكر من الكارثة؟
8. هل يشارك السكان المحليون في الملكية التقدمية وصناعة القرار؟

9. هل تم الانتهاء من تقييم السوق لتحديد التأثيرات المحتملة للبرنامج على الاقتصاد المحلي؟
10. هل تم تطوير استراتيجية انتقال أو خروج أو كليهما بالتشاور مع الناس المتضررين من الأزمة وغيرهم من الأطراف المعنية؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد سياسة تتطلب اللجوء إلى تقييمات للمخاطر وتدريبات للحد من المخاطر لدى الناس الضعفاء في مناطق برامج المنظمة؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
2. هل توجد سياسات وإجراءات لتقييم الآثار السلبية للاستجابة وتخفيفها؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
3. هل توجد سياسات وإجراءات للتعامل مع حالات الاستغلال الجنسي أو الإساءة أو التمييز، بما في ذلك الحالات الناتجة عن الميول الجنسية أو غيرها من السمات؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
4. هل توجد خطط الطوارئ جاهزة للاستجابة لأي أزمات جديدة أو ناشئة؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
5. هل يعي الموظفون ما هو متوقع منهم فيما يتعلق بمسائل الحماية والأمن والمخاطر؟
6. هل تتولى المنظمة تمكين وتعزيز العمل المجتمعي والمساعدة الذاتية؟

الالتزام رقم 4 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يعرفون حقوقهم واستحقاقاتهم، ويمكنهم الحصول على المعلومات ويشاركون في اتخاذ القرارات التي تعنى بهم.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل تتوفر المعلومات عن المنظمة والاستجابة لمختلف المجموعات المتضررة من الأزمة على نحو ملائم ومُيسر؟
2. هل يُعد الوصول إلى المعلومات المتوفرة مُيسرًا للنساء والرجال والفتيان والفتيات (بالأخص لأولئك المهمشين والضعفاء)؟ وهل يفهمونها؟
3. هل يتم السعي للتعرف على وجهات نظر الناس المتضررة من الأزمة، بما في ذلك أولئك الأكثر ضعفاً والمهمشون، واستخدامها لإرشاد تصميم البرنامج الإغاثي وتطبيقه؟
4. هل تُدرك جميع الأطياف ضمن المجتمعات المتضررة من الأزمة كيفية التعقيب على الاستجابة الإنسانية، وهل يشعرون بالأمان عند استخدام هذه القنوات؟
5. هل تُستخدم التعقيبات؟ وهل يستطيع البرنامج الإشارة للعناصر التي تم تغييرها بناءً على التعقيبات المستلمة؟ ⊕ انظر الإجراءات الأساسية 1.3 و5.2.
6. هل يتم التعرف على العوائق التي تحول دون تقديم التعقيبات ومعالجتها؟
7. هل تُصنف البيانات المتوفرة من خلال آليات التغذية الراجعة حسب السن والجنس والإعاقة وسائر الفئات ذات الصلة؟
8. في الحالات التي تُقدم فيها المساعدة من خلال التحويلات الإلكترونية، هل تتوفر قنوات التعقيب للأشخاص، حتى عند غياب اتصال مباشر مع الموظفين؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل تشمل السياسات وخطط البرامج بنوداً عن المشاركة بالمعلومات، بما فيها معايير توضح ماهية ما يمكن مشاركة الغير فيه وما لا يمكن مشاركته معهم؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
2. هل تشمل السياسات وخطط البرنامج توفير حماية للبيانات؟ وهل تتوفر معايير للتخزين الآمن للبيانات (في الخزائن القابلة للقفل للنسخ المطبوعة والملفات المحمية بكلمة مرور للنسخ الإلكترونية)، وتقييد الوصول إليها، وتدمير البيانات في حالة الإخلاء، وبروتوكولات تبادل المعلومات؟ وهل تذكر هذه البروتوكولات بالتفصيل ما هي المعلومات التي ينبغي مشاركتها، مع من وفي أي حالة؟ (ينبغي الأخذ

في الاعتبار مشاركة المعلومات عند وجود حاجة ماسة إلى معرفتها ويجب ألا تحتوي على تفاصيل محددة أو تاريخ الحالة إلا إذا لزم الأمر.)

3. هل تشمل السياسات بنوداً عن كيفية التعامل مع المعلومات السرية أو الحساسة، أو المعلومات التي ربما تُعرض الموظفين أو الناس المتضررين من الأزمة للخطر؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
4. هل يوجد التزامات ومبادئ توجيهية في سياسة المنظمة بشأن الطريقة التي يمثَّل فيها الناس المتأثرون بالأزمة في عمليات التواصل الخارجية أو المواد الإعلامية المستخدمة في جمع الأموال؟ وهل الموظفون على دراية بها؟

الالتزام رقم 5 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم الوصول إلى آليات آمنة وفعّالة لمعالجة الشكاوى.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل تُجرى استشارة الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة حول تصميم آليات الشكاوى؟
2. هل تُراعى تفضيلات جميع أطياف السكان، وبالأخص تلك المتعلقة بالسلامة والسرية، في تصميم عمليات معالجة الشكاوى؟
3. هل تتوافر المعلومات الخاصة بكيفية عمل آليات الشكاوى ونوع الشكاوى الممكن التقدم بها من خلالها لجميع أطياف السكان ويفهمونها؟
4. هل توجد أطر زمنية متفق عليها للتحقيق في الشكاوى وحلها؟ هل يُسجل التوقيت المُستغرق بين تقديم الشكوى وحلها؟
5. هل يفحص الموظفون ذوي الكفاءة الشكاوى المتعلقة بالاستغلال الجنسي والإساءة والتمييز فوراً؟ وهل يحظون بمستوى ملائم من السلطة؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد سياسات وموازنات وإجراءات محددة جاهزة للتعامل مع الشكاوى؟
2. هل يتلقى جميع الموظفين دورات تدريبية تعريفية وتنشيطية عن سياسات المنظمة وإجراءاتها المتعلقة بمعالجة الشكاوى؟
3. هل تشمل سياسة معالجة الشكاوى في المنظمة بنوداً عن الاستغلال الجنسي والإساءة والتمييز؟
4. هل يتم مشاركة الالتزام بسياسة المنظمة وإجراءاتها للحد من الاستغلال الجنسي والإساءة والتمييز مع الأشخاص المتضررين من الأزمة؟
5. هل تُحال الشكاوى التي لا يمكن للمنظمة معالجتها في الوقت المناسب إلى منظمات أخرى ذات صلة؟

الالتزام رقم 6 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون مساعدة منسقة ومكملة.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل تتم مشاركة المعلومات المتعلقة بكفاءات المنظمة ومواردها ومناطقها الجغرافية وقطاعات عملها في الوقت المناسب مع الأطراف الأخرى التي تستجيب للأزمة؟
2. هل يتم الوصول بيسر إلى المعلومات المتعلقة بكفاءات المنظمات الأخرى ومواردها والتغطية الجغرافية لها وقطاعات عملها، بما في ذلك السلطات المحلية والوطنية، واستخدام تلك المعلومات؟
3. هل تم تحديد هياكل التنسيق الحالية ودعمها؟
4. هل تُراعى برامج المنظمات والسلطات الأخرى عند تصميم البرنامج وتخطيطه وتنفيذه؟
5. هل تم تحديد الثغرات والتكرارات أثناء التغطية ومعالجتها؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل يرد في سياسات المنظمة أو استراتيجياتها أو في كليهما معاً التزامًا واضحًا بالعمل على نحو تعاوني مع الأطراف الفاعلة الأخرى؟
2. هل تم وضع معايير أو شروط خاصة باختيار الطرف الشريك والتعاون والتنسيق معه؟
3. هل وُضعت ترتيبات رسمية خاصة بالمشاركة؟
4. هل تتضمن ترتيبات المشاركة تعريفات واضحة بأدوار كل شريك ومسؤولياته والتزاماته، بما في ذلك كيفية إسهام كل شريك في تلبية مبادئ الإغاثة الإنسانية بالتضامن مع الأطراف الأخرى؟

الالتزام رقم 7 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا تقديم مساعدة مطورة لأن المنظمات تتعلّم من التجارب والرصد.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يتم الرجوع إلى عمليات التقويم والمراجعة الخاصة بالاستجابات لأزمات مماثلة وإدراجها كبنود ذات صلة في تصميم البرنامج؟
2. هل تؤدي عمليات الرصد والتقويم والتعقيب ومعالجة الشكاوى إلى تغييرات أو ابتكارات أو كليهما عند تصميم البرنامج وتنفيذه؟
3. هل يتم توثيق التعلم على نحو منهجي؟
4. هل تُستخدم منظومات معينة للتشارك في التعلم مع الأطراف المعنية، بما في ذلك الأشخاص المتضررون من الأزمة والشركاء؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد سياسات وموارد للتقويم والتعلم؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
2. هل يوجد إرشاد واضح لتدوين التعلم ونشره، ومن ضمنه إرشاد معين ينطبق على الأزمات الإنسانية؟
3. هل تم توثيق التعلم المُثْبَت على صعيد البرنامج، ومشاركته داخل المنظمة؟
4. هل تُعد المنظمة عضوًا نشطًا في منتديات التعلم والابتكار؟ وكفاءة تساهم المنظمة في هذه المنتديات؟

الالتزام رقم 8 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة التي يحتاجون إليها من قبل موظفين ومتطوعين يتمتعون بكفاءة وإدارة جيدة.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يتم إعلام الموظفين الجدد بنطاق صلاحيات المنظمة وقيمها؟
2. هل تمت إدارة أداء الموظفين، ومعالجة تقصيرهم في الأداء، و تقييم أدائهم الحسن؟
3. هل يوقع الموظفون على مدونة قواعد السلوك أو على وثيقة ملزمة شبيهة؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل تم تدعيم فهمهم للسياسة من خلال التدريب عليها وعلى غيرها من السياسات ذات الصلة؟
4. هل يتم تلقي الشكاوى بشأن الموظفين أو موظفي الأطراف الشريكة؟ وكيف يتم التعاطي معها؟
5. هل الموظفون على دراية بالدعم المتوفر لتطوير الكفاءات التي يتطلبها دورهم وهل يستفيدون منه؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد إجراءات جاهزة لتقييم احتياجات الموارد البشرية فيما يتعلق بحجم البرنامج ونطاقه، بالاشتراك مع إدارة الموارد البشرية؟
2. هل يحتاط التخطيط التنظيمي لاحتياجات القيادة المستقبلية ولتطوير مواهب جديدة؟

3. هل تتماشى السياسات والإجراءات الخاصة بالموظفين مع قانون التوظيف المحلي وتتّبع قواعد الممارسات السليمة المعتمدة في إدارة الموظفين؟
4. هل يغطي أمن الموظفين وسياسات الرفاه الاحتياجات العملية والنفسية الاجتماعية للموظفين المحليين الذين ربما تتضرروا شخصياً من الأزمة؟
5. هل تؤخذ في الاعتبار المهارات الشخصية التي تدعم قدرة الموظفين على الاستماع إلى تعقيبات الأشخاص المتضررين من الأزمة عند تعيين الموظفين وتدريبهم وتقييمهم؟
6. هل يوجد للموظفين توصيفات للوظائف وأهداف محددة، تتضمن مسؤوليات معينة؟
7. هل يُعد هيكل التعويضات والحوافز عادلًا وشفافًا ويطبق باستمرار؟
8. هل تتوفر للموظفين دورة تعريفية وتحديثات بشأن إدارة الأداء والسياسات والإجراءات الخاصة بتطوير الموظفين؟
9. هل يُطلب من جميع الموظفين (والمتعاقدين) التوقيع على مدونة قواعد السلوك (التي تشمل منع الاستغلال الجنسي والإساءة) وتوفر لهم دورة تعريفية ملائمة لشرح مدونة قواعد السلوك؟
10. هل يوجد في العقد المبرم مع مقدمي الخدمات المالية والأطراف التجارية بيانًا أو بندًا واضحًا أو مدونة سلوك لمنع الاستغلال الجنسي وغيره من أشكال الاستغلال؟
11. هل تمتلك المنظمة إرشادات خاصة بكل موقع تشمل آلية التعامل مع الشكاوى الداخلية؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
12. هل يفهم الموظفون ويدركون ويستجيبون لبنود التمييز الواردة في برامجهم وأنشطتهم؟

الالتزام رقم 9 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا أن المنظمات التي تساعدهم تدير الموارد بفعالية وكفاءة وبشكل أخلاقي.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يتبع الموظفين بروتوكولات المنظمة بشأن القرارات المتعلقة بالمصروفات؟
2. هل يتم رصد المصروفات على نحو منتظم ويتم التشارك بالتقارير بين مديري البرنامج؟
3. هل يتم شراء الخدمات والبضائع باستخدام طلبات شراء تنافسية؟
4. هل يتم رصد الآثار المحتملة على البيئة (المياه والتربة والهواء والتنوع البيولوجي)، وهل تُتخذ إجراءات للتخفيف منها؟
5. هل يوجد إجراء آمن للإبلاغ عن المخالفات جاهز للتطبيق ومعلوم للموظفين والأشخاص المتضررين من الأزمة والأطراف المعنية الأخرى؟
6. هل يتم رصد كل من فعالية التكلفة والآثار المجتمعية؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد سياسات وإجراءات خاصة بعمليات الشراء الأخلاقية للموارد واستخدامها وإدارتها؟
2. هل تتضمن هذه بنوداً خاصة بشأن:
   - الموافقة على الاعتمادات المالية وتوزيعها؟
   - الموافقة على الهدايا العينية وتوزيعها؟
   - التخفيف من الآثار السلبية على البيئة والوقاية منها؟
   - الوقاية من الاحتيال، ومعالجة الفساد قبل وبعد وقوعه، وسوء استخدام الموارد؟
   - تضارب المصالح؟
   - تدقيق الحسابات والتحقق منها ورفع التقارير بشأنها؟
   - تقييم مخاطر الأصول وإدارتها؟

المراجع ومزيد من المطالعات

مصادر أخرى للمعيار الإنساني الأساسي: corehumanitarianstandard.org

تحالف CHS Alliance: www.chsalliance.org/resources

بوصلة جودة المعيار الإنساني الأساسي: www.urd.org/The-Quality-and-Accountability

معهد التنمية الخارجية (ODI): www.odi.org/publications

المساءلة

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org/docid/5a844bda16.html

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org/resource/8762

Minimum Standard for Market Analysis (*MISMA*). Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org/resources/library/351-minimum-standard-for-market-analysis-misma

Child Protection Minimum Standards (*CPMS*). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net/minimum-standards/

Minimum Standards for Education: *Preparedness, Recovery and Response*. Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Livestock Emergency Guidelines and Standards (*LEGS*). LEGS Project, 2014.

https://www.livestock-emergency.net/download-legs/

Lewis, T. *Financial Management Essentials*: *Handbook for NGOs*. Mango, 2015. www.mango.org.uk/guide/coursehandbook

Top Tips for financial governance. Mango, 2013. www.mango.org.uk/toptips/tt20gov

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice*. Resource Centre, Save the Children, 2013. http://resourcecentre.savethechildren.se/library/programme-accountability-guidance-pack-save-children-resource

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Task force, 2009. www.pseataskforce.org/uploads/tools/1351822689.pdf

Minimum Economic Recovery Standards (*MERS*). SEEP Network, 2017.

https://seepnetwork.org/MERS

أداء عاملو الإغاثة

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org/help-library/building-trust-in-diverse-teams-the-toolkit-for-emergency-response-full-length-version

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. http://chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-Handbook-for-Managing-HR-Effectiveness-Final.pdf

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance. https://www.chsalliance.org/what-we-do/psea

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. https://www.unocha.org/protection-against-sexual-exploitation-and-abuse-psea

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle*. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. https://ngocoordination.org/content/core-humanitarian-competencies-guide-humanitarian-capacity-building-throughout-employee-life

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO Geneva, 2011. www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en

التقييمات

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/humanitarian_needs_assessment-the_good_enough_guide_2014.pdf

Participatory assessment, in Participation Handbook for Humanitarian Field Workers (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. http://urd.org/IMG/pdf/MP_GB_CHAPITRE7.pdf

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/multi-clustersector-initial-rapid-assessment-mira-manual

الاستجابة النقدية

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments*. CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org/resources/library/983-principles-on-public-private-cooperation-in-humanitarian-payments

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org/resources/library/1056-cash-or-in-kind-why-not-both-response-analysis-lessons-from-multimodal-programming

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. Monitoring4CTP: *Monitoring Guidance for CTP in Emergencies*. Cash Learning Partnership, 2017.
www.cashlearning.org/resources/library/1046-monitoring4ctp-monitoring-guidance-for-ctp-in-emergencies?keywords=&region=all&country=all&year=all&organisation=all&sector=all&modality=all&language=all&payment_method=all&document_type=all&searched=1

الأطفال

Child Safeguarding Standards and how to implement them. Keeping Children Safe, 2014.
www.keepingchildrensafe.org.uk/how-we-keep-children-safe/capacity-building/resources/child-safeguarding-standards-and-how-implement

التنسيق

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters*. ALNAP, 2015.
https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/study-coordination-humanitarian-clusters-alnap-2015.pdf

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015.
www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters

التصميم والاستجابة

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response.
www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space

ذوو الإعاقة

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations.
https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

مجموعة واشنطن المعنية بإحصائيات الإعاقة، ومجموعة أسئلة حول الإعاقة. مجموعة واشنطن.
www.washingtongroup-disability.com/

العنف الجنساني

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines, IASC, 2015.
http://gbvguidelines.org/en/home/

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010.
https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/handbook-for-coordinating-gender-based-violence-interventions-in-humanitarian-settings/

الجنس

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006.
https://interagencystandingcommittee.org/gender-and-humanitarian-action-0/documents-public/women-girls-boys-men-different-needs-equal

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies.* ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

الاستجابة الإنسانية المركزة على الناس

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts*. ALNAP, March 2014, London.
www.alnap.org/help-library/closing-the-loop-effective-feedback-in-humanitarian-contexts

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers. Groupe URD, ALNAP, 2009.
www.alnap.org/help-library/participation-handbook-for-humanitarian-field-workers

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment. IFRC, 2006, Geneva.
www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/vca/whats-vca-en.pdf

الأداء والرصد والتقييم

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide. ALNAP, IRCS, January 2011.
https://www.alnap.org/help-library/projectprogramme-monitoring-and-evaluation-me-guide

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide*. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville.
http://fic.tufts.edu/publication-item/participatory-impact-assessment-a-design-guide/

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs*. CHS Alliance, 2017.
www.chsalliance.org/files/files/L%26F%20Framework%20-%20Final.pdf

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners*. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org/resource/8980

Sphere for Monitoring and Evaluation. Sphere Project, March 2015.
www.sphereproject.org/news/sphere-for-monitoring-and-evaluation/

الحماية

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* ALNAP, 2005.
www.alnap.org/resource/5263

التعافي

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017.
https://seepnetwork.org/files/galleries/1750_MERS_3rd_Edition_PDF.pdf

القدرة على التكيف

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org/IMG/pdf/resilience-handbook.pdf

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation*. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/toward-resilience

البيئة

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/eeguidelines/

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. http://postconflict.unep.ch/humanitarianaction/training.html

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/unocha/files/EHA%20Study%20webfinal_1.pdf

مزيد من المطالعات

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

الإمداد بالماء
والإصحاح
والنهوض بالنظافة

الميثاق الإنساني

المعيار الإنساني الأساسي

مبادئ الحماية

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة

النهوض بالنظافة	الإمداد بالمياه	إدارة الفضلات	مكافحة نواقل الأمراض	إدارة النفايات الصلبة	الإمداد بالماء، والإصحاح والنهوض بالنظافة عندتفشي الأمراض وفي بيئات الرعاية الصحية
المعيار 1.1 النهوض بالنظافة	**المعيار 1.2** الوصول للمياه وكميتها	**المعيار 1.3** بيئة خالية من الفضلات البشرية	**المعيار 1.4** مكافحة نواقل الأمراض على مستوى المستوطنة	**المعيار 1.5** بيئة خالية من النفايات الصلبة	**المعيار 6** الصحة، والإمداد بالماء، والإصحاح والنهوض بالنظافة في بيئات الرعاية الصحية
المعيار 2.1 تحديد مستلزمات النظافة والوصول إليها واستخدامها	**المعيار 2.2** جودة المياه	**المعيار 2.3** الوصول إلى المراحيض واستخدامها	**المعيار 2.4** الأعمال المنزلية والشخصية لمكافحة النواقل	**المعيار 2.5** الإجراءات المنزلية والشخصية لإدارة النفايات الصلبة بشكل آمن	
المعيار 3.1 التعامل مع النظافة الحيضية ونظافة من يعانون من السلس		**المعيار 3.3** إدارة جمع الفضلات ونقلها والتخلص منها ومعالجتها وصيانتها			

الملحق 1 قائمة تحقق تقدير الاحتياجات الأساسية للإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة
الملحق 2 مخطط F - انتقال العدوى من الغائط عبر الفم في حالة الأمراض المسببة للإسهال
الملحق 3 الكميات الدنيا من المياه – أرقام البقاء على قيد الحياة وتقدير الاحتياجات المائية
الملحق 4 الحد الأدنى من أعداد المراحيض في المجتمع وفي المؤسسات والأماكن العامة
الملحق 5 الأمراض المرتبطة بالماء والإصحاح
الملحق 6 شجرة قرار معالجة المياه وتخزينها في الأسرة

المحتويات

المبادئ الرئيسية في مجال الإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة

لكل فرد الحق في الحصول على الماء والإصحاح

تعد معايير اسفير الدنيا للإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة تعبيرًا عمليًا عن الحق في الحصول على الماء والإصحاح في السياقات الإنسانية. وترتكز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقي المساعدة الإنسانية حسب الحاجة.

توجد قائمة بالوثائق القانونية والسياسية الرئيسية التي تطلع على الميثاق الإنساني في المرفق رقم 1 ⊕ مع التعليقات التوضيحية للعاملين في المجال الإنساني.

إن المتضررين من الأزمات أكثر عرضة للمرض والوفاة بسبب المرض لاسيما الأمراض المسببة للإسهال والأمراض المعدية. وترتبط مثل هذه الأمراض بشكل وثيق بعدم كفاءة الإصحاح وإمدادات المياه وسوء النظافة. كما تهدف برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة إلى الحد من المخاطر على الصحة العامة.

إن السّبل الرئيسية لمسببات المرض التي تصيب الإنسان هي عن طريق الأصابع والذباب والغائط والسوائل والغذاء. ومن ثم، يتمثل الهدف الرئيسي لبرامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة في الاستجابة الإنسانية في الحد من المخاطر على الصحة العامة عن طريق إنشاء حواجز على طول تلك المسارات ⊕ انظر الملحق ١: مخطط *F*. وتتمثل الأنشطة الرئيسية في:

- تعزيز ممارسات النظافة الجيدة؛
- توفير المياه الآمنة الصالحة للشرب؛
- توفير مرافق إصحاح ملائمة؛
- الحد من الأخطار على الصحة البيئية؛
- وضمان الظروف التي تمكن الناس من الحياة بصحة جيدة وكرامة وفي راحة وسلامة.

في برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، من المهم إدارة ما يلي:

- سلسلة المياه بالكامل: منبع المياه ومعالجتها وتوزيعها وجمعها وتخزين الأسر لها واستهلاكها؛
- سلسلة الإصحاح بالكامل وبطريقة متكاملة؛
- وتعزيز السلوكيات الصحية الإيجابية؛ وضمان الوصول إلى مستلزمات النظافة.

المشاركة المجتمعية ضرورة

تعد المشاركة المجتمعية في الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة عملية ديناميكية تربط بين المجتمع والجهات المعنية الأخرى ومن ثم يتوفر للناس المزيد من التحكم فيما يتعلق بالاستجابة وأثرها عليهم، حيث تتجاوز الكشف عن المخاطر و تقييم الاحتياجات. وترتبط المشاركة الفعالة المجتمعات وفرق الاستجابة لتحقيق زيادة حجم الأثر المجتمعي للحد من مخاطر الصحة العامة وتوفير خدمات ملائمة وميسرة، وتعزيز جودة البرنامج وتحقيق المسائلة حيث تستكشف قدرات المجتمع وإرادته في إدارة نظم الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والحفاظ عليها ⊕ انظر المخطط رقم 4.

إن الانخراط مع المجتمع يؤدي إلى تحقيق فهم أساسي للتصورات والاحتياجات وآليات المواجهة والقدرات والمعايير القائمة وهياكل القيادة والأولويات فضلًا عن الإجراءات المناسبة التي يجب اتخاذها. ويوضع الرصد والتقييم إذا ما كانت استجابات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة مناسبة أو تحتاج إلى تعديل كما تشمل على تشغيل آليات للتعقيبات ⊕ انظر التزامات المعيار الإنساني الأساسي 4 و5.

يحتاج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة إلى اعتبارات خاصة في المناطق الحضرية

قد تكون المشاركة المجتمعية أكثر صعوبة في المناطق الحضرية حيث الكثافة السكانية أعلى والفئات المعرضة للخطر أقل ظهورًا. وعلى الرغم من ذلك، يمكن أن توفر الأماكن العامة والإعلام والتكنولوجيا في المناطق الحضرية الفرصة لإجراء حوار أوسع نطاقًا وأكثر فعالية. ويؤثر تنوع ملكية الأصول (الأسرة في المناطق الريفية، والامتزاج بين العام والخاص في المناطق الحضرية) على تحديد خيارات الاستجابة وطرق توصيلها.



انخراط المجتمع في الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة (شكل رقم 3)

ضرورة عمل مزيج من النُهج

يمكن أن تؤدي المساعدة المرتكزة على السوق إلى تلبية احتياجات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة بفاعلية وكفاءة، ومثال ذلك يتمثل في ضمان إمكانية الوصول إلى مستلزمات النظافة. وينبغي تحقيق التكامل بين المساعدة المعتمدة على النقد (النقد المباشر أو القسائم أو كلاهما) مع نشاطات أخرى للإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، بما في ذلك المساعدة التقنية والمشاركة المجتمعية. وعند التنفيذ، تتباين الخيارات بدءً من تشييد البنية التحتية إلى النهوض بالنظافة والتعبئة المجتمعية. ويمكن توفير مولدات أو مراحيض مؤقتة فورًا، بينما يعد التجديد الكامل لخدمات معالجة المياه مشروع طويل الأجل. كما تعد مراقبة الجودة والمساعدة التقنية أمرًا حاسمًا لضمان الصحة والسلامة. ويجب أن تكون المساعدة التقنية ملائمة وتتم في الوقت المناسب. ويجب أن تكون متسقة وميسرة وقابلة للتحقيق وذلك لتحقيق الاستدامة.

ويجب أن تعزز استجابات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة الأهداف المجتمعية طويلة الأجل وتقلل من الأثر البيئي. كما يجب أن تلبي الإدارة المتكاملة للمياه والإصحاح الاحتياجات الإنسانية وتحمي النظام البيئي. وهذا قد يؤثر على اختيار التكنولوجيا وتوقيت النشاطات ومراحلها والمشاركة المجتمعية ومشاركة القطاع الخاص والسوق وخيارات التمويل.

ينبغي ألا تُطبّق هذه المعايير الدنيا بمعزل عن المعايير الأخرى

يرتبط الحق في الإمداد المناسب بالمياه والإصحاح بالحق في المأوى والغذاء والصحة. ويؤثر التقدم الناجح في تحقيق معايير اسفير الدنيا في مجال واحد على التقدم في مجالات أخرى. كما أن التنسيق والتعاون الوثيقان مع القطاعات الأخرى والتنسيق مع السلطات المحلية ووكالات الاستجابة يساعد على ضمان تلبية الاحتياجات وعدم تكرار الجهود وكذلك الوصول باستجابات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة للحد الأمثل. على سبيل المثال، تصبح الحاجة إلى تلبية معايير المياه والإصحاح أكثر إلحاحًا عند عدم تلبية احتياجات التغذية حيث ترتفع قابلية تضرر الناس من الأمراض. وينطبق نفس الشيء عند ارتفاع تفشي مرض نقص المناعة البشرية المكتسب بين السكان. وتشير الإحالات المرجعية عبر الدليل إلى بعض الروابط المحتملة.

عندما تكون المعايير الوطنية أقل من معايير اسفير الدنيا، ينبغي للمنظمات الإنسانية العمل مع الحكومة من أجل رفعها تدريجياً.

يحمي القانون الدولي الحق في المياه والإصحاح على وجه التحديد

يشمل الحق الحصول على إمدادات كافية وآمنة وميسرة من المياه للاستخدام الشخصي والمنزلي وكذلك مرافق إصحاح خاصة وآمنة ونظيفة. إن الدول ملزمة بضمان هذه الحقوق خلال الأزمات ⊕ انظر الملحق ١: الأساس القانوني لاسفير.

إن المياه الآمنة ومرافق الإصحاح المناسبة ضرورية من أجل:

- استدامة الحياة والصحة والكرامة؛
- الوقاية من الجفاف المسبب للوفاة؛
- الحد من خطر الأمراض المرتبطة بالمياه والإصحاح والنظافة؛
- وتمكين تحقيق المتطلبات المناسبة للاستهلاك والطهي والنظافة الشخصية والمنزلية.

يعد الحق في المياه والإصحاح جزء من الحقوق العالمية الضرورية لبقاء الإنسان والحفاظ على كرامته، وتقع على عاتق الجهات الحكومية وغير الحكومية مسؤولية الوفاء بهذا الحق. فخلال النزاعات المسلحة، على سبيل المثال، يُحظر الهجوم على أشغال المياه أو الري أو تدميرها أو إزالتها أو إتلافها.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

يؤثر استهلاك المياه على الحماية. ويؤثر النزاعات المسلحة وعدم المساواة على الأمن المائي للأفراد والجماعات. كما قد يؤدي الطلب المتعدد على المياه للاستهلاك وأغراض المنزل وسبل العيش إلى مخاوف تتعلق بالحماية في حالة عدم تصميم الأنشطة طويلة الأجل وقصيرة الأجل بشكل ملائم. وغالبًا ما يُنظر إلى الحماية في استجابات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة من منظور السلامة والحماية الشخصية، مع إدراك وجود نقاط ضعف عند جمع المياه أو قضاء الحاجة أو التعامل مع النظافة في الحيض. كما أن عناصر الحماية الشخصية المذكورة ضرورية، إلا أن مخاوف الحماية الأوسع نطاقًا أصبحت أساسية أيضًا. وقد يحد اتخاذ التدابير البسيطة من البداية، على شاكلة وجود أقفال على أبواب المراحيض والإضاءة المناسبة والعزل بين المرافق، من خطر إساءة المعاملة أو العنف.

إن وضع البرامج الملائمة والشاملة ضرورة لتجنب التمييز والحد من المخاطر المحتملة وتعزيز استخدام الخدمات أو جودتها. على سبيل المثال، احرص على توفير إمكانية وصول ذوي الإعاقة إلى مرافق النظافة وكذلك امتلاك النساء أو الأطفال لحاويات مناسبة الحجم لنقل المياه. ويمكن أن يؤدي إشراك الأفراد والمجتمعات في كافة مراحل الاستجابة إلى مزيد من المساعدة على دمج اعتبارات الحماية في برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة. ويجب تدريب عاملي الإغاثة على حماية الأطفال ومعرفة كيفية استخدام أنظمة الإحالة عند الاشتباه في حالات العنف أو الإيذاء أو الاستغلال التي قد يتعرض لها الأطفال.

يجب النظر بحرص للتعاون والتنسيق المدني العسكري فيما يخص المنظمات الإنسانية، لاسيما في النزاعات. وقد تؤثر تصورات الحياد والنزاهة على قبول المجتمع المحلي، كما قد تقبل المنظمات الإنسانية المساعدة العسكرية، في النقل والتوزيع على سبيل المثال. ويجب الآخذ بعين الاعتبار التأثير على المبادئ الإنسانية وبذل جهود للتخفيف من مخاطر الحماية ⊕ انظر الميثاق الإنساني الأوضاع المتعلقة بالقوات العسكرية المحلية والدولية في ما هو اسفير

عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسع الواردة في المعيار الإنساني الأساسي بصفتها أساسًا لتوفير برنامج إمداد بالماء وإصحاح ونهوض بالنظافة يكون مسؤولًا.

1. النهوض بالنظافة

تتسبب الأمراض المتعلقة بالمياه والإصحاح والنظافة في أمراض خطيرة ووفيات يمكن الوقاية منها في الأزمات. إن النهوض بالنظافة التي تدعم السلوكيات والعمل والمشاركة المجتمعية للحد من مخاطر تلك الأمراض أمر أساسي لتحقيق استجابة ناجحة في الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة.

ومن غير المرجح أن يكون النهج الموحد الذي يركز أساسًا على توصيل الرسائل وتوزيع مستلزمات النظافة فعال بشكل كبير، حيث تتباين المخاطر وطرق إدراكها حسب السياقات والتجارب المختلفة للناس واستراتيجيات التكيف والأعراف الثقافية والسلوكية. ومن الضروري فهم النهج وتكييفه استنادًا إلى تحليل السياق وكذلك التجربة واستراتيجيات المواجهة وأعراف المتضررين. يعتمد النهوض الكفء بالنظافة على:

- العمل مع المجتمع لتعبئة الجهود والمساهمة في اتخاذ القرار؛
- التواصل ثنائي الاتجاه و التغذية الراجعة بشأن الأخطار والأولويات والخدمات؛
- والوصول إلى مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وخدماتها ومستلزماتها واستخدامها.

ويجب أن ينطلق النهوض بالنظافة من معرفة الناس أنفسهم بالمخاطر والوقاية من الأمراض والنهوض بالسلوك الإيجابي لالتماس الصحة.

كما يجب الرصد المنتظم للنشاطات والمخرجات للحرص على تطوير برامج النهوض بالصحة وبرامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، بالإضافة إلى التنسيق مع الجهات الصحية لمراقبة حالات الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة مثل الأمراض المسببة للإسهال والكوليرا و التيفوئيد والرمد الحبيبي والديدان المعوية والبلهارسيا ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير الأمراض المعدية 1.1.2 إلى 4.1.2 ومعايير النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية.

معيار النهوض بالنظافة 1.1:
النهوض بالنظافة

إدراك الناس لمخاطر الصحة العامة الرئيسية المرتبطة بالماء والإصحاح والنظافة وإمكانية تكييف التدابير على المستوى الفردي والأسري والمجتمع للحد منها.

الإجراءات الأساسية

1. تحديد مخاطر الصحة العامة الرئيسة وممارسات النظافة الحالية التي تساهم في تلك المخاطر.

- وضع تصور لخصائص المجتمع لتحديد الأفراد والجماعات المتعرضة للأخطار المتعلقة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وسبب ذلك.
- تحديد العوامل التي تحفز السلوكيات الإيجابية والإجراءات الوقائية.

2. العمل مع المتضررين لتصميم وتعزيز نطاق استجابة الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة و إدارتها.

- تطوير استراتيجية تواصل باستخدام وسائل الإعلام والحوار المجتمعي لتبادل المعلومات العملية.
- تحديد الأفراد والجماعات المجتمعية وعمال التوعية المؤثرين وتدريبهم.

3 استخدام التعقيبات المجتمعية وبيانات المراقبة الصحية لتكييف النهوض بالنظافة وتعزيزها.

- مراقبة الوصول إلى مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة واستخدامها وكيف تؤثر نشاطات النهوض بالنظافة على السلوك والممارسات.
- تكييف النشاطات وتحديد الحاجات التي لم يجر تلبيتها.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأسر المتضررة التي وصفت ثلاث تدابير صحيحة للوقاية من الأمراض المرتبطة بالإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة

نسبة السكان المستهدفين الذين أفادوا بشكل صحيح بالعناصر الأساسية لغسل اليدين

نسبة السكان المستهدفين الذين تمت ملاحظتهم يستخدمون وحدات غسل اليدين عند مغادرة المراحيض العامة.

نسبة الأسر المتضررة التي يتوفر لها الماء والصابون لغسيل اليدين

نسبة الأشخاص المتضررين الذين حصلوا على الماء من مصادر مياه محسنة

نسبة الأسر التي تخزن مياه الشرب في حاويات نظيفة ومغطاة

نسبة القائمين بالرعاية الذين أفادوا بأنهم يتخلصون من فضلات الأطفال بأمان

نسبة الأسر التي تستخدم منتجات السلس للكبار (الحفاضات و قنينات البول و الحاويات السريرية لقضاء الحاجة وكراسي المراحيض المتنقلة) والذين أفادوا بأنهم يتخلصون من الفضلات الناتجة عن السلس الكبار بأمان

نسبة الأسر المتضررة التي تتخلص من النفايات الصلبة بطريقة ملائمة

نسبة الأفراد الذين قدموا تغذية راجعة وأبلغوا أن تعقيباتهم استُخدمت في تكييف مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وخدماتها وتحسينها

خلو البيئة المحلية من غائط الإنسان وفضلات الحيوانات

ملاحظات إرشادية

فهم مخاطر الإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة وإدارتها: قد يمثل تحديد أولويات مخاطر الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والحد منها تحديًا في الأزمات. لذا ركز على استخدام المياه الآمنة وإدارة النفايات وغسل اليدين، حيث يرجح أن يكون لهذا الأثر الأكبر في منع انتقال المرض. وسوف يتطلب تقييم مخاطر الصحة العامة المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة واتخاذ خطوات للحد منها ما يلي:

- الاستخدام الحالي لمرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وخدماتها؛
- إمكانية الوصول إلى مستلزمات النظافة الأسرية الأساسية ⊕ انظر معايير النهوض بالنظافة 2.1 و3.1؛
- استراتيجيات التكييف الحالية والعادات والمعتقدات المحلية؛
- الهياكل الاجتماعية ومحركات السلطة في المجتمع
- أين يذهب الناس للحصول على الرعاية الصحية (يشمل ذلك المعالجين التقليديين والصيدليات والعيادات)؛
- من المسؤول عن تشغيل البنية التحتية للإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وصيانتها؛
- بيانات مراقبة الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة؛

- الحواجز الاجتماعية والمادية وحواجز الاتصال للوصول إلى مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وخدماتها، لاسيما للنساء والفتيات وكبار السن وذوي الإعاقة؛
- تباينات مستوى الدخل؛
- الظروف البيئية والاتجاهات الموسمية للأمراض.

للحفاظ على الحافز، يجب أن يكون تغيير السلوك والممارسة سهلين. كما يجب أن تكون المرافق مريحة وسهلة الوصول لجميع المستخدمين وأن تكون آمنة وكريمة ونظيفة وملائمة ثقافيًا. اشمل كل من الرجال والنساء في نشاطات النهوض بالنظافة حيث قد يكون للدعم النشط للنظافة من جانب الرجال تأثير حاسم على سلوكيات الأسرة.

التعبئة المجتمعية: العمل مع الهياكل القائمة، وضمان توفير كل من الفرص المدفوعة والطوعية على قدم المساواة لكل من الرجال والنساء. ويمكن أن يسهل القادة المجتمعيين والدينيين المحترمين والعاملين في التوعية والجهات الفاعلة المحلية على شاكلة المجموعات النسائية والشبابية عملية التعبئة والوقاية.

من الشائع تخصيص عاملين اثنين في التوعية لكل 1000 شخص. وينبغي أن يتمتع العاملين والمتطوعين في التوعية بمهارات تواصل جيدة وأن يكونوا قادرين على بناء علاقات قائمة على الاحترام مع المجتمعات المحلية وأن يكون لديهم فهم شامل للاحتياجات والشواغل المحلية. كما ينبغي الاتفاق على حوافز العاملين في التوعية من خلال منتدى تنسيق محلي، إن لزم الأمر، وذلك لتعزيز المساواة وتجنب وقوع إخلال.

قد يكون للعاملين في الصحة المجتمعية أدوار مشابهة للعاملين في التوعية في مجال الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، ولكن تختلف مسؤولياتهم ⊕ انظر معيار النظم الصحية 2.1: القوى العاملة في المجال الصحي.

العمل مع الأطفال: يمكن أن ينهض الأطفال بالسلوكيات الصحية لأقرانهم وأسرهم. ويمكن أن تكشف وزارة التعليم أو الخدمات الاجتماعية عن فرص النهوض بالنظافة في المدارس وبيوت الرعاية والأسر التي يقوم عليها طفل أو للأطفال الذين يعيشون في الشوارع. اشرك الأطفال في صياغة الرسائل ⊕ انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ ودليل المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني.

قنوات الاتصال ومناهجه: قدم المعلومات بعدة صيغ (مكتوبة ومصورة وسمعية) وبلغات متاحة على أوسع نطاق ممكن، وتحقق من ملاءمتها للأطفال وذوي الإعاقة وقم بصياغة رسائل واختبارها لضمان تحقيق فهمها بالرغم من الاختلافات في العمر والجنس ومستوى التعليم واللغة.

الحوار على مستوى المجتمع المحلي مفيد في حل المشكلات والتخطيط للعمل، ويمكن أن يعزز الإعلام المعلومات العامة لتمتعه بوصول أوسع. وكلاهما مفيد عند توجيههم إلى جمهور معين.

صمم آليات تغذية راجعة مناسبة مع المستخدمين وراقب فاعليتها. وبلغ التغذية الراجعة للمجتمع، وذلك لتشجيعهم على الاستجابة بدورهم ⊕ انظر المعيار الإنساني الأساسي 5.

يعد غسل اليدين بالصابون طريقة هامة لمنع انتقال الأمراض المسببة للإسهال. يجب تزويد مرافق غسل اليدين بالماء والصابون بشكل منتظم مع وجود تصريف آمن. وقك بوضع المرافق في مواقع تجعل غسل اليدين قبل لمس الطعام أو (الأكل أو إعداد الغذاء أو تغذية الطفل) وبعد التعامل مع الفضلات (بعد استخدام المراحيض أو تنظيف مؤخرة الطفل) ⊕ انظر معيار الإمداد بالمياه 2.2: جودة المياه.

التشجيع على استخدام المراحيض: أحد المسائل الرئيسية لموظفي النهوض بالنظافة هي الاستخدام الشامل لمرافق التخلص من الفضلات ومستلزماتها. بالإضافة إلى المخاوف المتعلقة بالنظافة والرائحة، تتمثل الموانع

الرئيسية للناس لاستعمال المراحيض في الشعور بالحرج والمحرمات الثقافية وإمكانية الوصول والمخاوف المتعلقة بالخصوصية والسلامة ⊕ انظر معيار إدارة الفضلات 3.2: الوصول إلى المراحيض واستخدامها.

الحصول على مياه الشرب ونقلها وتخزينها بأمان هو مفتاح الحد من مخاطر التلوث. وتحتاج الأسر إلى حاويات منفصلة للحصول على مياه الشرب وتخزينها ⊕ انظر معيار النهوض بالنظافة 2.1 ومعايير الإمداد بالمياه 1.2 و2.2.

الأشخاص المتنقلون: ابحث عن فرص للانخراط مع الأشخاص المتنقلين، سواء بالانتقال مؤقتًا معهم أو بالاجتماع بهم في مناطق الراحة. واستخدم قنوات الاتصال مثل الراديو والرسائل النصية القصيرة ومجموعات وسائل الإعلام الاجتماعية والخطوط الساخنة المجانية لتقديم معلومات عن النظافة والتماس الحصول على تعقيبات. وقم أيضًا بتصميم مجموعة «مستلزمات منزلية» لدعم هذا الهدف عبر تضمين هواتف جوالة وشواحن شمسية، مما يمكنهم كذلك من التواصل مع أسرهم والحصول على المعلومات وتقديم التعقيبات.

معيار النهوض بالنظافة 2.1:
تحديد مستلزمات النظافة والوصول إليها واستخدامها

توفر مستلزمات مناسبة لتعزيز النظافة والصحة والكرامة والرفاهية واستخدام تلك المستلزمات من جانب المتضررين.

الإجراءات الأساسية

1 تحديد مستلزمات النظافة التي يحتاجها الأفراد والأسر والمجتمعات.

- خذ بعين الاعتبار مختلف حاجات الرجال والنساء وكبار السن والأطفال وذوي الإعاقة.
- حدد المستلزمات الجمعية الإضافية للحفاظ على نظافة البيئة، على شاكلة أوعية النفايات الصلبة ومعدات التنظيف.

2 وفر إمكانية وصول بتوقيتات مناسبة للمستلزمات الأساسية.

- تقدير توفر المستلزمات عبر الأسواق المحلية والإقليمية والدولية.

3 العمل مع الأشخاص المتضررين والسلطات المحلية وغيرهم من الجهات الفاعلية على تخطيط كيفية حصول الأشخاص على مستلزمات النظافة أو شرائها.

- قدم معلومات حول توقيت المساعدة المعتمدة على النقد أو مستلزمات النظافة أو كلاهما وكذلك محتواها والمقصودين منها.
- نسّق مع القطاعات الأخرى لتوفير مساعدة معتمدة على النقد أو مستلزمات النظافة أو كلاهما والتقرير حول آليات التوزيع.

4 التمس الحصول على تغذية راجعة من المتضررين حول ملاءمة مستلزمات النظافة المُختارة ورضاهم حول آلية الحصول عليها.

المؤشرات الأساسية

توفر الوصول إلى الكمية الدنيا من مستلزمات النظافة الأساسية لجميع الأسر

- حاويتان للمياه لكل أسرة (10-20 لترًا؛ واحدة للحصول على المياه والأخرى لتخزينها)؛

- 250 جرام من الصابون للاستحمام للشخص الواحد شهريًا
- 200 جرام من الصابون لغسيل الملابس للشخص الواحد شهريًا
- صابون ومياه لمحطة غسل اليدين (محطة واحدة لكل مرحاض مشترك أو لكل أسرة)
- حاوية قضاء الحاجة للأطفال أو كرسي مجوف أو حفاضات للتخلص من غائط الأطفال

نسبة المتضررين الذين أفادوا/تمت ملاحظتهم يستخدمون مستلزمات النظافة بشكل منتظم بعد التوزيع

نسبة الدخل الأسري المستخدم في شراء مستلزمات النظافة لتحديد الاحتياجات ذات الأولوية

ملاحظات إرشادية

تحديد المستلزمات الأساسية: يجب تكييف مستلزمات النظافة ومجموعات النظافة حسب الثقافة والسياق. كما يتعين وضع أولوية للمستلزمات الأساسية في المرحلة الأولية (مثل الصابون وحاويات المياه ومستلزمات الحيض وسلس البول) عن المستلزمات «التي يُستحسن امتلاكها» (مثل فرشاة الشعر والشامبو ومعجون الأسنان وفرشاة الأسنان). سوف تحتاج بعض الفئات لمتطلبات خاصة ⊕ انظر الملاحظات الإرشادية – الفئات المعرضة للخطر أدناه.

حاويات المياه: يجب تحديد الحاويات ذات سعة 10-20 لترًا لجمع مياه الشرب ومياه الاستخدام المنزلي وتخزينها. ويجب أن يكون حجم الحاويات ونوعها مناسب لسن الذين يقومون بالحصول على المياه في المعتاد وقدرتهم على الحمل. كما يتعين أن تحتوي الأوعية على أغطية وتكون نظيفة ومغلقة، ويجب أن تتميز حاويات التخزين بعنق ضيق أو صنبور لضمان الحصول الآمن على مياه الشرب وتخزينها واستهلاكها.

قدم حاويات تخزين أكبر إذا كانت إمدادات المياه متقطعة. في البيئات الحضرية أو حيث كانت الإمدادات مركزية، فيجب أن يكون التخزين المنزلي كاف للاستهلاك العادي بين فترات إعادة التعبئة (بما يشمل حد استهلاك الذروة، عند الاقتضاء).

الفئات المعرضة للخطر: يحتاج بعض الأشخاص إلى مستلزمات نظافة شخصية مختلفة أو بكميات أكبر بسبب العمر أو المرض أو الإعاقة أو التنقل أو السلس. وكذلك قد يحتاج ذوو الإعاقة أو من يواجهون صعوبات في التنقل إلى مستلزمات إضافية. يشمل هذا المزيد من الصابون أو مستلزمات السلس أو حاويات المياه أو حاويات قضاء الحاجة السريرية أو كراسي المراحيض المتنقلة أو أغطية بلاستيكية للمراتب. اسأل الأشخاص أو القائمين على رعايتهم إذا كانوا بحاجة إلى المساعدة في جمع فضلاتهم والتخلص منهم بطريقة تحترم كرامتهم. وتشاور معهم ومع أسرهم أو القائمين على رعايتهم حول أكثر أنواع الدعم من حيث الملائمة.

البرمجة القائمة على السوق لمستلزمات النظافة: يجب أن يدعم توفير مستلزمات النظافة الأسواق المحلية قدر الإمكان (بتقديم النقدية أو القسائم أو تحسين البنية التحتية للمستودعات). ويجب أن يتم توجيه خطط الوصول إلى مستلزمات النظافة واستخدامها عن طريق إجراء تقييم للسوق وتحليل دخل الأسر، بما يشمل أدوار النوع الاجتماعي في اتخاذ قرارات الإنفاق. ارصد إذا ما كان السوق يوفر المنتجات كميًا وكيفيًا أم لا، وقم بالتعديل عند الضرورة ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

التوزيع: اعط الأولوية لسلامة السكان وأمنهم عند تنظيم أي عمليات توزيع ⊕ انظر مبدأ الحماية 1.

شكل فريق مخصص للتوزيع وبلغ الناس مسبقًا حول التوقيت والموقع وقائمة المستلزمات ومعايير الاستحقاق. وقم بالتصدي للتمييز أو الوصم، وعند الضرورة قم بالتوزيع إلى الأسر أو عبر خطوط توزيع منفصلة، واكشف عن أي عوائق تمنع الوصول لمواقع التوزيع أو نظم التوزيع وعالجها، لاسيما فيما يخص النساء والفتيات وكبار السن وذوي الإعاقة.

تجديد المواد الاستهلاكية: أسس إمدادًا منتظمًا وموثوقًا للمواد الاستهلاكية، مثل الصابون ومستلزمات الحيض وسلس البول.

تنسيق التوزيعات المشتركة: خطط لإجراء مشاورات مجتمعية مشتركة لفهم الاحتياجات وآليات التكيف على جميع القطاعات. وقم بتلبية الاحتياجات المتعددة في نفس الوقت لتحقيق راحة السكان المستهدفين ولتوفير الوقت والمال لجميع القطاعات. وتأكد من إمكانية نقل الأسر لجميع مستلزماتهم بأمان إلى المنزل بعد التوزيع.

الأشخاص المتنقلون: تأكد من قابلية مستلزمات النظافة للنقل (مثل ملائمة حجم الصابون للنقل) حيثما كان الأشخاص في حالة انتقال. ودع الأشخاص يختارون المستلزمات التي يحتاجونها، بدلًا من عمل مجموعات موحدة. وأسس نظامًا لجمع نفايات التغليف والتخلص منها حيثما كان الأشخاص في حالة انتقال.

معيار النهوض بالنظافة 3.1:

التعامل مع النظافة الحيضية ونظافة من يعانون من السلس

يتمتع النساء والفتيات في سن الحيض، وكذلك الرجال والنساء المصابون بسلس البول، بإمكانية الحصول على منتجات النظافة والوصول إلى مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة التي تحفظ كرامتهم وتعزز رفاهيتهم.

الإجراءات الأساسية

1. افهم الممارسات والأعراف المجتمعية والخرافات المتعلقة بالتعامل مع النظافة الحيضية التعامل مع السلس، وقم بتكييف إمدادات النظافة ومرافقها.
2. تشاور مع النساء والفتيات والمصابين بالسلس لتصميم المرافق وإقامتها وإدارتها (المراحيض ومواضع الاغتسال وغسل الملابس والصرف وإمداد المياه).
3. وفر إمكانية الوصول إلى مستلزمات مناسبة للتعامل مع النظافة الحيضية والسلس وكذلك صابون (للاغتسال والغسيل الملابس وغسل الأيدي) وغيرها من مستلزمات النظافة.
   - فيما يتعلق بالتوزيعات، قدم الإمدادات في مواقع منفصلة لحفظ الكرامة والحد من الوصم بالعار ولتوضيح الاستخدام المناسب لأية مستلزمات غير مألوفة.

المؤشرات الأساسية

نسبة النساء والفتيات في عمر الحيض المتمتعات بإمكانية الحصول على مستلزمات مناسبة للتعامل مع النظافة الحيضية

نسبة المتلقيات الراضيات عن مستلزمات التعامل مع النظافة الحيضية ومرافقها

نسبة الأشخاص المصابين بسلس البول الذين يستخدمون مستلزمات ومرافق ملائمة لسلس البول

نسبة المتلقين الراضين عن مستلزمات التعامل مع سلسل البول ومرافقه

ملاحظات إرشادية

التعامل مع النظافة الحيضية وسلس البول في الأزمات: يساعد التعامل الناجح مع النظافة الحيضية وسلس البول الأشخاص على الحياة بكرامة والانخراط في الأنشطة اليومية. بالإضافة إلى توفير إمكانية الوصول إلى

مستلزمات النظافة، من المهم أيضًا التشاور مع المستخدمين حول آليات التخلص من النفايات، في المنزل وكذلك في المنشآت الجمعية والمؤسسات الأخرى على شاكلة المدارس. يجب أن تكون مرافق المراحيض ملائمة، مع توفير مساحة لغسل الملابس ومرافق التجفيف ⊕ انظر معايير إدارة الفضلات 1.3 و2.3.

المحرمات المتعلقة بالحيض: سوف تؤثر المعتقدات والأعراف والمحرمات المتعلقة بالحيض على نجاح استجابات التعامل مع النظافة الحيضية. وقد لا تتوفر إمكانية بحث هذه المسائل خلال المراحل الأولى من الأزمة أو مرحلة حدتها، إلا أنه ينبغي القيام بذلك في أقرب وقت ممكن.

قد لا يكون مصطلح **السلس** مستخدم على نطاق واسع في بعض السياقات، حتى داخل المهن الطبية. السلس هي حالة صحية واجتماعية معقدة تحدث عندما لا يستطيع الشخص التحكم في تدفق البول أو الغائط منه. وقد تؤدي إلى شعور قوي بالوصم بالعار والعزلة الاجتماعية والضغط وعدم القدرة على الوصول للخدمات والتعليم وفرص العمل. وقد يبدو انتشارها منخفضًا حيث يبقيها العديد من الأشخاص طي الكتمان، وبالرغم من ذلك قد تعاني مجموعة واسعة من الأشخاص من السلس. وتشمل ما يلي:

- كبار السن؛
- ذوي الإعاقة ومن يواجهون صعوبات حركية؛
- المصابين بإعاقات فكرية؛
- النساء اللواتي أنجبن، بما يشمل الفتيات، واللاتي يواجهن خطر متزايد من الإصابة بالناسور.
- المصابين بأمراض مزمنة (مثل الربو أو السكري أو السكتات أو السرطان)؛
- الفتيات والنساء اللواتي تعرضن لعنف قائم على نوع الجنس أو خضعن لتشوية الأعضاء التناسلية الأنثوية؛
- من خضعوا لعمليات جراحية (مثل إزالة البروستاتا)؛
- النساء اللواتي يمررن بمرحلة انقطاع الطمث؛
- الأطفال الصغار أو الأطفال المتضررين نفسيًا من النزاعات أو الكوارث.

قد يؤدي سوء التعامل مع نظافة السلس في تحوله لمصدر رئيسي لانتقال الأمراض في الطوارئ. ويعد الحصول على كمية أكبر من المياه والصابون أمر بالغ الأهمية، حيث أن المصابين بالسلس والقائم على رعايتهم يحتاج كل منهم إلى خمسة أضعاف كميات الصابون والماء بالمقارنة بالآخرين. ويحتاج المصابون بمرض السلس وغير القادرين على الحركة إلى استشارة أخصائي صحة أو إعاقة للتعرف على كيفية منع العدوى ومنع قرحة الفراش والتعامل معها، والتي قد تكون قاتلة.

الإمدادات والمرافق: ناقش الخيارات مع المتضررين لفهم تفضيلاتهم فيما يخص المستلزمات ذات الاستخدام الواحد أو التي يُعاد استخدامها؛ وكذلك آليات التخلص من النفايات في المنازل والمدارس والمراكز الصحية والمرافق الجمعية؛ ومرافق غسل الملابس والتجفيف؛ والمراحيض ومرافق الاغتسال.

ضع في الاعتبار الأعراف والتفضيلات المتعلق بالسن، حيث قد تتغير كمية المستلزمات ونوعها مع الوقت. وقدم عروضًا إرشادية للمواد غير مألوفة.

تختلف أنواع الفوط اللازمة لسلس البول أو الغائط، وكذلك تختلف حسب مستويات حدة السلس. ويعتبر مهم للاستخدام الآمن. قدم كل من فوط سلس البول والغائط في مجموعة من الأحجام والأنواع للكبار.

ضع في الاعتبار مدى القرب من المراحيض للمصابين بالسلس. قد يتمكن بعض الناس من تجنب نوبات السلس إن أمكنهم الوصول إلى المرحاض بسرعة. وقد تكون هناك حاجة لتقديم كرسي مرحاض متنقل أو حاوية قضاء الحاجة السريري أو قنينات للبول أو كل ما سبق.

الحد الأدنى من المستلزمات:

لكل من النظافة الحيضية ونظافة من يعانون من سلس البول:

- وعاء مخصص مع غطاء للملابس المبللة ولتخزين الحشوات/الملابس؛
- حبل وأوتاد للتجفيف.

النظافة الحيضية:

- إما مادة قطنية ماصة (4 متر مربع في السنة)، أو الفوط ذات الاستخدام الواحد (15 في الشهر) أو الفوط الصحية القابلة لإعادة الاستخدام (ست فوط سنويًا)، حسب تفضيل النساء والفتيات؛
- ملابس داخلية (ستة في السنة)
- صابون إضافي (250 جرام شهريًا) ⊕ انظر معيار النهوض بالنظافة 1.2: تحديد مستلزمات النظافة والوصول إليها واستخدامها.

فيما يتعلق بالسلس، سوف تعتمد المستلزمات على حدة السلس ونوعه وعلى تفضيلات الأشخاص. الحد الأدنى المقترح هو:

- إما مادة قطنية ناعمة ماصة (8 متر مربع في السنة)، أو الفوط ذات الاستخدام الواحد المخصصة للسلس (150 في الشهر) أو الملابس الداخلية القابلة لإعادة الاستخدام المخصصة للسلس (12 في السنة)؛
- ملابس داخلية (12 في السنة)
- صابون إضافي (500 جرام للاغتسال و500 جرام لغسيل الملابس شهريًا)؛
- اثنين من اغطية الفرشات المانعة للتسريب والقابلة للغسيل؛
- حاويات مياه إضافية؛
- مادة مبيضة أو منتج تنظيف مطهر مشابه (3 لتر من منتج غير مخفف سنويًا)؛
- حاوية قضاء الحاجة السريري أو قنينات للبول (للرجال والنساء) أو كرسي مرحاض متنقل (حسب الاقتضاء).

تجديد المستلزمات: خطط لكيفية إعادة التزويد بالمواد وموعدها. قد تُستخدم المساعدة المعتمدة على النقد أو التوزيعات العينية بطرق مختلفة مع مرور الوقت. استكشف خيارات توفير الشركات الصغيرة للمستلزمات أو قيام الأشخاص أنفسهم بعمل مواد الحماية الخاصة بهم ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

المدارس والمساحات الآمنة ومراكز التعليم: ينبغي النظر في البنية التحتية للإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وتوفير التدريب للمدرسين عند دعم الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة في المدارس. وينبغي أن تمتلك المرافق آلية مستقلة للتخلص من المخلفات (حاوية مزودة بغطاء مع نظام لجمع المخلفات والتخلص منها أو أنبوب منحدر من المرحاض إلى موضع التجميع). أقم مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة بحيث تكون جيدة الصيانة ومراعية للفصل بين الجنسين ومزودة علّاقات وأرفف لمستلزمات النظافة الحيضية.

شجع المدرسين على اعتماد تثقيف التعامل مع النظافة الحيضية باعتباره جزء من الدروس القياسية. درّب المدرسين على:

- دعم ممارسات الصحة والنظافة الحيضية لدى الفتيات؛
- الاحتفاظ بمستلزمات للنظافة الحيضية في المدرسة؛
- دعم الطلاب الذين يعانون من السلس بسبب الآثار النفسية للأزمة ⊕ انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ.

المأوى: اعمل مع قطاع المأوى لضمان توفير المأوى للخصوصية الملائمة للنظافة الحيضية وللتعامل مع السلس في المنازل أو أماكن الإيواء العمومية. قد يشمل هذا ستائر عازلة أو مناطق منفصلة لتغيير الملابس.

الأشخاص المتنقلون: قدم مستلزمات النظافة الحيضية والتعامل مع السلس عند مرور الأشخاص على نقاط الإمداد.

2. الإمداد بالمياه

عدم ملائمة المياه كمًا وكيفًا هو السبب الرئيسي لمعظم مشكلات الصحة العامة في حالات الأزمات. ففي حالات الأزمات، قد لا تتوفر مياه كافية متاحة لتلبية الاحتياجات الأساسية، ومن ثم يعد تقديم المستوى الذي يحفظ الحياة من مياه الشرب الآمنة أمر ضروري. إن الأولوية تذهب إلى تقديم كمية ملائمة من المياه، حتى إذا كانت ذات جودة متوسطة. وقد يكون هذا ضروريًا حتى يتم تلبية المعايير الدنيا لكل من كمية المياه وجودتها.

غالبًا ما تكون الصنابير والآبار والأنابيب في حالة سيئة بسبب النزاع أو الكارثة الطبيعية أو لعدم وجود نظام صيانة فعّال. وفي الصراعات، قد يُستخدم الحرمان من الوصول إلى المياه كاستراتيجية متعمدة من أطراف النزاع. وهو الأمر الذي يحرّمه القانون الإنساني الدولي مطلقًا.

تشاور مع أعضاء المجتمع والجهات المعنية ذات الصلة لفهم كيفية استخدامهم للمياه وحصولهم عليها، إذا كانت هناك أي قيود على الوصول للمياه، وكيف يتغير هذا حسب الموسم.

معيار الإمداد بالمياه 1.2:

الوصول للمياه وكميتها

يتمتع الأشخاص بإمكانية وصول منصفة وميسرة إلى كمية كافية من المياه الآمنة للوفاء باحتياجات الشرب والاحتياجات المنزلية.

الإجراءات الأساسية

1. تحديد أكثر موارد المياه السطحية أو الجوفية من حيث الملائمة، مع الأخذ في الاعتبار الآثار البيئية المحتملة.
   - خذبعين الاعتبار التغيرات الموسمية في الإمداد بالمياه والطلب عليها، وآليات الوصول إلى مياه الشرب والمياه المنزلية أو المياه المخصصة لسبل العيش.
   - تعرف على مصادر المياه المختلفة والقائمين على الإمداد والتشغيل، وإمكانية الوصول للمياه في المجتمعات والأسر.
2. تحديد مقدار المياه المطلوبة والنظم الضرورية لتحقيق ذلك.
   - اعمل مع الجهات المعنية لتحديد النقاط المائية التي توفر وصولًا آمنًا وعادلًا لجميع أفراد المجتمع.
   - أنشئ نظم تشغيل وصيانة تقدم تكليفًا واضحًا للمسؤوليات وتشمل الاحتياجات المستقبلية من أجل تحقيق الوصول المستدام.
3. احرص على وجود تصريف مناسب لنقاط الإمداد بالمياه الموجودة في مرافق الغسل والاغتسال والطهي وغسل اليدين في المنازل والأماكن الجمعية.
   - ابحث عن فرص إعادة استخدام المياه، كما هو الحال في حدائق الخضراوات أو صناعة الطوب أو الري.

المؤشرات الأساسية

متوسط كمية المياه المستخدمة للشرب والنظافة المنزلية لكل أسرة

- 15 لتر كحد أدنى للشخص في اليوم
- تحديد الكمية اعتمادًا على السياق ومرحلة الاستجابة

الحد الأقصى للأشخاص الذين يستخدمون مرافق تعتمد على المياه

- 250 شخص لكل صنبور (اعتمادًا على معدل تدفق يبلغ 7.5 لتر في الدقيقة)
- 500 شخص لكل مضخة يدوية (اعتمادًا على معدل تدفق يبلغ 17 لتر في الدقيقة)
- 400 شخص لكل بئر مفتوح (اعتمادًا على معدل تدفق يبلغ 12.5 لتر في الدقيقة)
- 100 شخص لكل مرفق من مرافق غسيل الملابس
- 50 شخص لكل مرفق من مرافق الاغتسال

نسبة الدخل الأسري المستخدم لشراء المياه للشرب والنظافة المنزلية

- الهدف 5 بالمئة أو أقل

نسبة الأسر المستهدفة الذين يعرفون متى وأين يمكنهم الحصول على المياه المرة القادمة

المسافة بين أي أسرة وأقرب نقطة إمداد بالمياه

- <500 متر

وقت الانتظار في الصف عند مصادر المياه

- <30 دقيقة

نسبة نقاط توزيع المياه الجمعية الخالية من المياه الراكدة

نسبة مرافق/نظم المياه التي تمتلك نظام إدارة فعال ويخضع للمسائلة ويتم تنفيذه

ملاحظات إرشادية

اختيار مصدر المياه ينبغي أن يأخذ في الاعتبار:

- توفر كمية كافية من المياه وسلامتها وقربها واستدامتها؛
- ضرورة معالجة المياه وجدواها، سواء كانت بالجملة أو على مستوى الأسر؛
- العوامل الاجتماعية والسياسية والقانونية التي تؤثر على المصدر (قد تكون السيطرة على مصادر المياه موضع جدل، لاسيما خلال النزاعات).

غالبًا ما تكون هناك حاجة لمزيج من النُهج والمصادر في المراحل الأولى للأزمة لتلبية احتياجات البقاء على قيد الحياة. وقد تكون مصادر المياه السطحية هي الحل الأسرع، على الرغم من حاجتها للمعالجة. إن مصادر المياه الجوفية أو الإمدادات المتدفقة بفعل الجاذبية من الينابيع هي الاختيار الأفضل، حيث لا تحتاج إلى معالجة، فيما لا تحتاج تلك المتدفقة بفعل الجاذبية عملية ضخ. راقب جميع المصادر بانتظام لتجنب الإفراط في الاستخراج ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة 2: تخطيط الموقع والمستوطنة.

الاحتياجات: تعتمد كمية المياه اللازمة للشرب والنظافة والاستخدام المنزلي على السياق وعلى مرحلة الاستجابة، حيث ستتأثر بعوامل مثل الاستخدام والعادات قبل الأزمة وتصميم احتواء الفضلات ⊕ انظر فهم معيار مخاطر الإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة وإدارتها 1.1:معيار إدارة الفضلات 2.3.

يعد مقدار 15 لتر كحد أدنى للشخص في اليوم ممارسة مؤكدة (معتمدة) وهو لا يشكل «حدًا أقصى» مطلقًا وقد لا يناسب جميع السياقات أو مراحل الاستجابة. على سبيل المثال، فهو غير مناسب إذا كان الأشخاص

نازحين لعدة سنوات. وفي المرحلة الحادة من الجفاف، يمثل مقدار 7.5 للشخص يوميًا حدًا مناسبًا لفترة قصيرة. وفي السياقات الحضرية متوسطة الدخل، قد يكون معدل 50 لتر للشخص في اليوم هو القدر المقبول للحفاظ على الصحة والكرامة.

يجب النظر لعواقب تقديم كميات مختلفة من المياه بالمقارنة مع معدلات الاعتلال والوفيات بسبب الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة. نسّق مع الجهات الفعالة الأخرى في الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة للتوافق حول مؤشرات مشتركة على الكمية. وللحصول على توجيه حول تحديد كميات المياه للاستخدامات البشرية وللماشية والمؤسسات وغيرها من الاستخدامات ⊕ انظر معايير الرعاية الصحية الأساسية – الأمراض المعدية 2.1.1 إلى 2.1.4 وملحق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة 3. لتلبية احتياجات المياه للماشية في الطوارئ ⊕ انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

الاحتياجات	الكمية (لتر/شخص/يوم)	يتم التكييف مع السياق على أساس
للبقاء: تناول المياه (للشرب والغذاء)	3–2.5	المناخ وفيسيولوجية الشخص
ممارسات النظافة	6–2	الأعراف الاجتماعية والشخصية
الطهي الأساسي	6–3	نوع الطعام والأعراف الاجتماعية والثقافية
إجمالي المقدار الأساسي من المياه	15–7.5	

الحد الأدنى من احتياجات المياه الأساسية للبقاء

تختلف احتياجات المياه ضمن السكان، لاسيما لذوي الإعاقة أو الذين يعانون عوائق حركية وبين الفئات أصحاب الممارسات الدينية المختلفة.

القياس: لا تقم ببساطة بقسمة كمية المياه التي يتم توزيعها على عدد السكان الذين تخدمهم حيث تُعد المسوح الاستقصائية للأسر والملاحظات ومجموعات المناقشة المجتمعية طرق أكثر فاعلية في جمع البيانات حول استخدام المياه واستهلاكها من قياس كمية المياه التي تُنقل أو تضخ أو قياس استخدام المضخات اليدوية. نوّع بين تقارير نظام المياه وبين التقارير المنزلية.

إمكانية الوصول والإنصاف: تشمل نقاط استخدام المياه أماكن الاغتسال الجمعية ومرافق الطهي وغسل الملابس والمراحيض، فضلًا عن المنشآت المؤسسية مثل المدارس أو مرافق الصحة.

يفترض استهداف الحد الأدنى من الكمية (انظر المؤشرات أعلاه) إلى إمكانية الوصول إلى نقاط استخدام المياه لفترة تقترب من 8 ساعات يوميًا من الإمداد الثابت بالمياه. استخدم تلك المستهدفات بحذر، حيث لا تضمن الحد الأدنى من كمية المياه أو إمكانية الوصول المنصفة.

استجابات المياه والإصحاح يجب أن تعالج احتياجات كل من السكان المضيفين والنازحين بشكل متساو لتجنب التوتر والصراع.

ضع في الاعتبار خلال التصميم اختلاف الحاجات باختلاف الفئات والجنس، كذلك الإعاقة او إصابة الأشخاص بعوائق حركية. وحدد موضع نقاط استخدام المياه المتاحة لتكون قريبة بشكل كافي للأسر للحد من التعرض لأي مخاطر على الحماية.

بلّغ الأشخاص المتضررين عن الموعد والمكان المتوقعين لتوصيل المياه وعن استحقاقهم للتوزيع المنصف وعن كيفية تقديمهم للتعقيبات.

الذهاب والإياب ووقت الانتظار في الصف: تشير الأوقات المفرطة للذهاب والإياب والانتظار في الصف إلى عدم كفاية عدد نقاط استخدام المياه أو نقص في ناتج مصادر المياه. وقد يؤدي هذا إلى الحد من استهلاك

الفرد للمياه، ويرفع من استهلاك المياه من مصادر سطحية غير محمية، ويؤدي إلى الحد من أوقات واجبات أخرى على شاكلة التعليم أو نشاطات اكتساب الدخل. كما يؤثر وقت الانتظار كذلك على خطر حدوث عنف عند الصنبور ⊕ انظر مبدأ الحماية التزام المعيار الإنساني الأساسي ١.

حاويات مياه ملائمة: ⊕ انظر معيار النهوض بالنظافة 2.1: تحديد مستلزمات النظافة والوصول إليها واستخدامها. قم بتعديل عدد الحاويات وحجمها حيثما استُخدمت طرق معالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة. على سبيل المثال، سوف تتطلب عملية التخثر والتجلط والتطهير دلوين وقطعة قماش للتصفية وأداة للتحريك.

البرمجة المعتمدة على السوق من أجل المياه: حلل كيفية وصول الأسر إلى المياه والحاويات قبل الأزمة وبعدها. من المفترض أن يوجه هذا التقييم البسيط للسوق القرارات المتعلقة بتوفير وصول مستدام إلى المياه على المدى القصير والطويل.

حدد كيفية استخدام سوق المياه ودعمه وتطويره، مع الأخذ في الاعتبار تحقيق طريقة تجمع بين المساعدة المعتمدة على النقد للأسر والمنح وبناء القدرات للبائعين أو الموردين أو وسائل أخرى.

تتبع أسعار السوق شهريًا (المياه والوقود) للنظر في نفقات الأسر بمرور الوقت، واستخدم تلك الاتجاهات في توجيه التغيرات في تصميم البرنامج ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

الدفع: يجب ألا تزيد تكلفة المياه عن 3-5 بالمئة من دخل الأسرة. انتبه لكيفية تغطية الأسر للتكاليف المرتفعة خلال الأزمة واتخذ خطوات لمواجهة آليات التكيف السلبية ⊕ انظر مبدأ الحماية ١. وتأكد من إدارة نظم التمويل بطريقة شفافة.

إدارة نظم المياه والبنية التحتية: العمل مع المجتمع والجهات المعنية الأخرى لتقرير إقامة نقاط الإمداد بالمياه وتصميمها واستخدامها (سواء كانت خطط فورية أو طويلة الأجل). ويشمل هذا مرافق الاغتسال والطهي وغسل الملابس والمراحيض والمؤسسات مثل المدارس والأسواق والمرافق الصحية. استخدام التغذية الراجعة لتكييف إمكانية الوصول إلى مرافق المياه وتعزيزها.

انظر في هياكل حوكمة المياه السابقة والحالية وكذلك قدرة الناس وإرادتهم في الدفع مقابل المياه والخدمات الصحية وآليات استرداد التكاليف. وانظر في الاستثمار الرأسمالي في نظم الإمداد بالمياه التي تقدم توافر طويل الأمد أو حجم اقتصادي كبير. وقم بمقارنة البدائل على شاكلة الضخ بالطاقة الشمسية أو نظام نقل المياه بالأنابيب مع ناقلات مياه، لاسيما في الأزمات الممتدة في المناطق الحضرية والمستوطنات البشرية الجماعية.

توفير وسائل تشغيل نظم المياه وصيانتها للناس عن طريق لجان الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة أو الشراكات مع القطاع الخاص أو العام.

استخدام المياه المعبأة: تعد المياه المعالجة أكثر فاعلية من حيث التكلفة كما أنها ملائمة وسليمة من الناحية التقنية عن المياه المعبأة في زجاجات بسبب النقل والتكلفة والجودة وإنتاج النفايات. يمكن عمل استثناءات على المدى القصير (للأشخاص المتنقلين على سبيل المثال). أنشئ نظام مناسب لإدارة النفايات البلاستيكية.

مرافق غسل الملابس والغُسل والاغتسال: إذا لم يكن في الإمكان توفير مرافق اغتسال خاصة بالأسرة، قم بتوفير مرافق منفصلة للرجال والنساء لضمان السلامة والخصوصية وحفظ الكرامة.

تشاور مع المستخدمين، لاسيما النساء والفتيات وذوي الإعاقة، للتقرير بشأن موقع المرافق وتصميمها وسلامتها. راعِ إمكانية الوصول إلى المياه الساخنة للاغتسال وغسل الملابس خلال سياقات محددة، مثل الاستجابة لمرض الجرب أو خلال التغيرات المناخية.

التصريف من نقاط الإمداد بالمياه ومناطق غسل الملابس ومرافق الاغتسال ومحطات غسل اليدين: احرص على ألا تُشكل مياه الصرف خطرًا صحيًا أو تشكل أرضًا خصبة لنواقل الأمراض عند بناء نقاط توزيع المياه واستخدامها وإعادة تأهيليها، وضع خطة صرف شاملة بالتعاون مع مخططي الموقع وقطاع المأوى والسلطات البلدية أو أي منهم.

سوف يلتزم تصميم نظم الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وبنيتها التحتية بمتطلبات الصرف. على سبيل المثال، يجب أن يكون مقدار الضغط عند منصات الصنابير أو حجم نقطة الإمداد بالمياه أو ساحة غسيل الملابس، وكذلك الارتفاع من الصنبور إلى الجزء السفلي من حاوية المياه مناسبًا ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة 2: تخطيط الموقع والمستوطنة.

معيار الإمداد بالمياه 2.2:
جودة المياه

المياه مستساغة وذات جودة ملائمة للشرب والطهي والنظافة الشخصية والمنزلية دون أن تسبب أي خطر على الصحة.

الإجراءات الأساسية

1. تعرف على مخاطر الصحة العامة المرتبطة بالمياه المتاحة وحدد أفضل طريقة للحد منها.

- احمِ مصادر المياه وجدد المسوح الاستقصائية الصحية بانتظام عند المصدر ونقاط الإمداد.

2. حدد أفضل طريقة ملائمة لضمان المياه الصالحة للشرب عند نقطة الاستهلاك أو الاستخدام.
تشمل خيارات المعالجة معالجة المياه بالجملة وتوزيعها، مع جمعها وتخزينها بطريقة آمنة على مستوى الأسرة، أو معالجة المياه على مستوى الأسرة وتخزينها بأمان.

3. قلل من تلوث المياه بعد التوصيل عند نقاط الاستهلاك أو الاستخدام.

- جهز الأسر بحاويات آمنة لجمع مياه الشرب وتخزينها، وكذلك وسائل سحب المياه بأمان للشرب.
- قِس مُعامل جودة المياه (بقايا الكلور الحرة ووحدات تشكيل بكتيريا الكوليفورم) عند نقطة التوصيل ونقطة الاستهلاك أو الاستخدام.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأشخاص المتضررين الذين حصلوا على مياه الشرب من مصادر مياه محمية

نسبة الأسر التي تمت ملاحظتها تخزن المياه بأمان في حاويات نظيفة ومغطاة طوال الوقت

نسبة اختبارات جودة المياه التي حققت معايير الحد الأدنى لجودة المياه

- <10 وحدات تشكيل بكتيريا كوليفورم/100 مل عند نقطة التوصيل (مياه غير مكلورة)
- ≥0.2–0.5 مغ/لتر من بقايا الكلور الحرة عند نقطة التوصيل (مياه مكلورة)
- التعكر أقل من 5 وحدة فورمازين للتعكّر

ملاحظات إرشادية

الحفاظ على سلسلة المياه الصالحة للشرب: تشكل الأمراض المرتبطة بالمياه خطرًا على سلامة سلسلة إمداد المياه، وتشمل موانع انتقال العدوى من الغائط للفم احتواء الفضلات وتغطية الطعام وغسل الأيدي في الأوقات الأساسية والحصول على المياه وتخزينها بشكل آمن ⊕ انظر معيار النهوض بالنظافة 1.1 ومعيار إدارة الفضلات 2.3 والملحق 1: مخطط *F*.

يشمل تقييم مخاطر سلسلة إمداد المياه، بدءً من مصدر المياه حتى حاوية تخزين مياه الشرب، ما يلي:

1. مسح استقصائي صحي لنقطة إمداد المياه؛
2. الانتباه حول استخدام حاويات منفصلة لجمع المياه وتخزينها؛
3. الانتباه حول نظافة حاويات مياه الشرب وتغطيتها؛
4. اختبار جودة المياه.

إذا كان هناك احتمال كبير لعدم سلامة المياه، فيمكن لهذه الإجراءات تسليط الضوء على المخاطر الواضحة دون إجراء اختبارات كثيفة العمالة لجودة المياه المنزلية.

يقدر المسح الاستقصائي الصحي الظروف والممارسات التي قد تشكل خطرًا على الصحة العامة. ويمكنها كذلك الكشف عن احتمال تلوث المياه عند نقطة إمداد المياه وخلال النقل وفي المنزل. وتأخذ في الاعتبار ممارسات قضاء الحاجة والصرف وممارسات التعامل مع النفايات الصلة باعتبارها مصادر محتملة للتلوث.

جودة المياه: عند التشغيل التجريبي لمصدر مياه جديد، اختبر المياه حسب المعامِلات الفيزيائية والبكتريولوجية والكيميائية. افعل ذلك قبل التقلبات الموسمية المحلية وبعدها. لا تهمل تحليل المعامِلات الكيميائية (مثل مستويات الفلوريد والزرنيخ)، والتي قد تؤدي إلى مشاكل صحية طويلة الأجل.

تشير البكتيريا القولونية البرازية (والتي تشكل بكتيريا الإشريكية القولونية ما يزيد عن 99 منها) إلى مستوى تلوث المياه بالفضلات البشرية والحيوانية، واحتمال وجود مسببات أمراض ضارة أخرى. عالج المياه في حالة وجود أي بكتيريا قولونية برازية. حتى عند عدم العثور على الإشريكية القولونية، فالمياه معرضة لإعادة التلوث في حالة عدم وجود بقايا للمطهر.

أجر فحوصات عشوائية في المنازل لقياس بقايا الكلور الحرة عند كلورة المياه (قبل التوزيع أو عند المعالجة على مستوى الأسرة) وقم بالمعالجة عند الضرورة. تؤثر مرات توصيل المياه ودرجة الحرارة وطول وقت تخزين المياه على مقاييس بقايا الكلور الحرة على مستوى المنزل (تبديد الكلور).

تعزيز المصادر المحمية: قد يُفضل الناس مصادر المياه غير المحمية على شاكلة الأنهار والبحيرات والآبار غير المحمية لأسباب تتعلق بالطعم والقرب أو الراحة الاجتماعية. افهم طريقة تفكيرهم وقم بصياغة رسائل ونشاطات تعزز مصادر المياه المحمية.

مياه مستساغة: إذا لم يكن طعم المياه الصالحة للشرب جيدًا (بسبب الملوحة أو كبريتيد الهيدروجين أو مستويات الكربون التي لم يعتد الناس عليها)، قد يتوجه الناس للشرب من مصادر ذات طعم أفضل إلا أنها غير آمنة. استخدم المشاركة المجتمعية ونشاطات النظافة لتعزيز المياه الصالحة للشرب.

تطهير المياه: ينبغي معالجة المياه بأحد المطهرات العالقة على شاكلة الكلور إذا كان هناك خطر كبير على تلوث المصدر أو بعد التوصيل. يتم تحديد الخطر حسب كثافة السكان وترتيبات التخلص من الفضلات وممارسات النظافة وانتشار الأمراض المسببة للإسهال. ويجب أن يكون التعكر أقل من 5 وحدات فورمازين للتعكّر. فإذا كان أعلى، انظر في الكلورة مزدوجة الجرعة لفترة قصيرة إذا لم يكن هناك بديل، ولا تفعل ذلك إلا بعد تدريب المستخدمين على ترشيح المياه وتركها لتستقر وصبها للحد من التعكر قبل المعالجة. وانتبه لتباين

تناثر الكربون اعتمادًا على طول التخزين ونطاق درجة الحرارة، ومن ثم اشتمل هذه العوامل في فترات الجرعات والملامسة ⊕ انظر الملحق 6: شجرة اتخاذ قرار معالجة المياه وتخزينها في الأسرة.

الكمية مقابل الجودة: أعط الأولوية للكمية عن الجودة إذا لم يكن من الممكن الوفاء بمعايير الحد الأدنى لكمية المياه وجودتها. يمكن استخدام حتى المياه ذات الجودة المتوسطة في منع الجفاف وتخفيف الإجهاد ومنع الأمراض المسببة للإسهال.

التلوث بعد التسليم: قد تتحول المياه الآمنة عند نقطة التوصيل إلى ملوثة خلال الحصول عليها وتخزينها وسحب مياه الشرب. عليك الحد من هذا من خلال الممارسات الآمنة للحصول على المياه وتخزينها. نظّف صهاريج التخزين في المنزل أو المستوطنة بشكل منتظم ودرّب المجتمع على القيام بذلك ⊕ انظر معايير النهوض بالنظافة 1.1 و2.1.

معالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة: استعن بمعالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة في حالة عدم إمكانية تشغيل نظام مركزي لمعالجة المياه. وتشمل خيارات معالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة التي تقلل من الإسهال وتعزز الجودة الميكروبيولوجية للمياه المنزلية المخزنة الغلي والكلورة والتطهير الشمسي والترشيح الخزفي والترشيح البطيء بالرمال والترشيح بالأغشية والندف والتطهير. اعمل مع القطاعات الأخرى للتوافق على متطلبات الوقود المنزلي والوصول إليه لغلي المياه، وتجنب توفير طريقة معالجة غير مألوفة في الأزمات والأوبئة. يتطلب الاستخدام الفعال لمعالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة إلى متابعة ودعم ومراقبة مستمرين، وكذلك متطلبات مسبقة لاعتماد معالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة كطريقة بديلة لمعالجة المياه ⊕ انظر الملحق 6: شجرة اتخاذ قرار معالجة المياه وتخزينها في الأسرة.

جودة المياه للمؤسسات: قم بمعالجة جميع إمدادات المياه للمدارس والمستشفيات والمراكز الصحية ومراكز التغذية باستخدام الكلور أو مطهر عالق آخر ⊕ انظر الملحق 3: الكميات الدنيا من المياه: أرقام البقاء على قيد الحياة وتقدير الاحتياجات المائية.

التلوث الكيميائي والإشعاعي: أجر تحليلًا كيميائيًا حين تظهر السجلات الهيدروجيولوجية أو الأعمال الصناعية أو العسكرية احتمال احتواء إمدادات المياه على أخطار كيميائية أو إشعاعية على الصحة العامة. يجب ألا يتم اتخاذ قرار باستخدام مياه يُرجح تلوثها للإمدادات طويلة الأجل إلا بعد تحليل شامل للآثار الصحية ومع تصديق السلطات المحلية.

3. إدارة الفضلات

يعد خلو البيئة من الفضلات البشرية أمر ضروري لحفظ كرامة الإنسان وأمنه وصحته ورفاهيته. يشمل هذا البيئة الطبيعية جنبًا إلى جنب مع بيئات المعيشة والتعلم والعمل. وتعد الإدارة الآمنة للفضلات أولوية فيما يتعلق بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة. ولا يقل هذا في أهميته عن توفير إمدادات المياه الآمنة في حالات الأزمات.

ينبغي أن يتمتع جميع الأشخاص بإمكانية الوصول إلى مراحيض مناسبة وآمنة ونظيفة وفعالة، حيث يعد القيام بقضاء الحاجة مع حفظ الكرامة مسألة شخصية للغاية. إن الملاءمة تحددها الممارسات الثقافية والعادات اليومية للناس وعاداتهم وتصوراتهم وإذا ما كان الأفراد اعتادوا استخدام مرافق الإصحاح من قبل. ويشكل قضاء الحاجة غير المنضبط خطرًا كبيرًا على الصحة، لاسيما عند ارتفاع الكثافة السكانية وحيثما تعرض الأفراد للنزوح وفي البيئات المطيرة أو الرطبة.

تستخدم مصطلحات مختلفة في قطاع الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة لتعريف مرافق إدارة الفضلات. ففي هذا الدليل، مصطلح «مرحاض» يعني أي مرفق أو تجهيز يحتوى الفضلات بشكل مباشر ويشكل الحاجز الأول بين الأفراد والفضلات ⊕ انظر الملحق 1: مخطط F. سوف تُستخدم كلمة «مرحاض» بديلًا عن مقابلاتها اللغوية في هذا الدليل.

احتواء الفضلات البشرية بعيدًا عن الأفراد يشكل حاجزًا أوليًا للأمراض المرتبطة بالفضلات عن طريق الحد من المسارات المباشرة وغير المباشرة لانتقال الأمراض ⊕ انظر الملحق 1: مخطط F. ينبغي أن يتكامل احتواء الفضلات مع الجمع والنقل والمعالجة والتصريف وذلك للحد من المخاطر على الصحة العامة والأثر البيئي.

قد يشير وجود الفضلات في بيئات المعيشة والتعليم والعمل إلى مشكلات تتعلق بالحماية. وقد لا يشعر الأفراد بالأمان لاستخدام المرافق، لاسيما في المناطق المأهولة بالسكان.

في هذا السياق سيتم تعريف الفضلات البشرية بأنها الفضلات التي يتم إخراجها من الجسم، لاسيما الغائط والبول وفضلات الحيض. وتغطي معايير هذا القسم سلسلة الفضلات بكاملها، بدءً من الاحتواء الأولي للفضلات حتى المعالجة النهائية.

معيار إدارة الفضلات 1.3:
بيئة خالية من الفضلات البشرية

احتواء جميع الفضلات بأمان في الموقع لتجنب تلوث البيئة الطبيعية وبيئات المعيشة والتعليم والعمل والبيئة الجماعية.

الإجراءات الأساسية

1. أنشئ مرافق في للاحتواء الفوري للفضلات في المستوطنات الجمعية حديثة الإنشاء أو تلك التي تضررت بنيتها التحتية بشكل كبير.
2. أزل التلوث من أي مساحات معيشة أو تعلم أو عمل أو مصادر مياه سطحية أصابها تلوث بالغائط فورًا.

3 صمم جميع مرافق إدارة الفضلات وشيدها استنادًا إلى تقييم مخاطر التلوث المحتمل لأي مياه سطحية أو مصدر للمياه الجوفية.

- قيم التضاريس والظروف الأرضية والمياه الجوفية والمياه السطحية المحلية (بما يشمل التغيرات الموسمية) لتجنب تلوث مصادر المياه ولإرشاد الخيارات التقنية.

4 احتو غائط الأطفال والرضع وتخلص منه بطريقة آمنة.

5 صمم جميع مرافق إدارة الفضلات وشيدها لتحد من إمكانية وصول ناقلات الأمراض التي تشكل مشكلات إلى الفضلات.

المؤشرات الأساسية

لا يوجد غائط بشري في البيئة التي يعيش فيها الناس ويتعلمون ويعملون

مناسبة موقع جميع مرافق احتواء الفضلات ووقوعها على مسافة مناسبة من أي مصدر للمياه السطحية أو الجوفية

ملاحظات إرشادية

المراحل: كافح القضاء العشوائي للحاجة كمسألة ملحة فورًا بعد الأزمة، وأنشئ مناطق ومواقع لقضاء الحاجة وشيّد مراحيض عامة، وابدأ في حملة نظافة منظمة. امنع أيضًا قضاء الحاجة بالقرب من جميع مصادر المياه (سواء كانت مستخدمة للشرب أم لا) وخزانات المياه ومرافق معالجة المياه. ولا تنشئ مواقع لقضاء الحاجة تكون مرتفعة أو في عكس اتجاه الريح للمستوطنات. ولا تنشئها بجانب الطرق العامة أو بالقرب من المرافق الجمعية (لاسيما مرافق الصحة والتغذية) أو بالقرب من مناطق تخزين الغذاء وتجهيزه.

نفذ حملة نهوض بالنظافة تشجع التخلص الآمن من الفضلات وتخلق طلبًا على مزيد من المراحيض.

قيم مدى تضرر أنظمة الصرف الصحي القائمة في الأزمات الحضرية، وانظر في تركيب مراحيض متنقلة أو استخدام خزانات الصرف أو خزانات الاحتواء التي يمكن إزالة أوحالها بانتظام.

المسافة من مصادر المياه: احرص على عدم إصابة تلوث لمصادر المياه من مواد الغائط من مرافق الاحتواء (المراحيض ذات الخندق أو الحفر أو الأقبية أو خزانات الصرف أو حفر الترسيب). لا يعد التلوث بالغائط مسألة صحة عامة طارئة مالم يكن مصدر المياه مستخدمًا، إلا أنه ينبغي تجنب الضرر البيئي.

أجر اختبارات نفاذية للتربة، حيثما أمكن، لتحديد سرعة تحرك النفايات خلال التربة (معدل التغلغل)، واستخدم ذلك لتحديد المسافة الدنيا بين مرافق الاحتواء ومصادر المياه. يعتمد معدل التغلغل على مستويات تشبع التربة وكذلك في حالة القيام بأي استخراج من المصدر وطبيعة الفضلات (تنتقل الفضلات المحتوية على سوائل أكثر أسرع من السوائل المحتوية على سوائل أقل).

إذا لم يكن من الممكن إجراء اختبارات نفاذية التربة، يجب أن تكون المسافة بين مرافق الاحتواء ومصدر الماء 30 متر على الأقل، ويجب أن يكون قاع الحفر أعلى بمسافة 1.5 متر عن منسوب المياه الجوفية. زد هذه المسافات في حالة الصخور المتشققة والصخر الجيري، وقللها في حالة التربة الناعمة.

في حالة ارتفاع منسوب المياه الجوفية أو حالات الفيضانات، اجعل البنية التحتية للاحتواء مانعة للمياه للحد من تلوث المياه الجوفية. ويمكن بدلًا عن ذلك بناء مراحيض مرتفعة أو خزانات صرف لاحتواء الفضلات والحيلولة دون تلوث البيئة. امنع صرف خزانات الصرف أو التسرب منها من تلويث المياه السطحية أو مصادر المياه الجوفية.

في حالة الاشتباه بحدوث تلوث، حدد مصدر التلوث واحتوِه فورًا وابدأ في معالجة المياه. يمكن التعامل مع بعض ملوثات المياه عن طريق وسائل المعالجة بالتنقية على شاكلة الكلورة. وعلى جانب آخر، ينبغي الكشف عن مصادر بعض الملوثات على شاكلة النترات واحتوائها. ميتهيموغلوبين الدم هي حالة حادة إلا أنه يمكن إصلاحها وترتبط مع ارتفاع مستويات النترات في مياه الشرب، على سبيل المثال ⊕ انظر معيار الإمداد بالمياه 2.2: جودة المياه.

احتواء غائط الأطفال: يشكل غائط الأطفال والرضع خطورة أكبر في العادة عن الكبار. وتكثُر أنواع العدوى المرتبطة بالفضلات بين الأطفال بشكل أكبر، وقد لا تكون أجسام الأطفال طورت أجسام مضادة لهذه الأنواع. قدم المعلومات للوالدين وللقائمين بالرعاية حول التخلص الآمن من غائط الرضع وممارسات غسيل الملابس واستخدام الحفاضات أو الأصيصات أو الكراسي المجوفة للتخلص منه بأمان.

معيار إدارة الفضلات 2.3:
الوصول إلى المراحيض واستخدامها

تمتع الأشخاص بمراحيض كافية ومناسبة ومقبولة مع تمتعهم بالوصول السريع والآمن إليها طوال الوقت.

الإجراءات الأساسية

1. حدد الخيارات التقنية الأكثر ملائمة للمراحيض.
   - صمم المراحيض وشيدها للحد من تهديدات الأمن والسلامة على مستخدميها وعمال الصيانة، لاسيما النساء والفتيات والأطفال وكبار السن وذوي الإعاقة.
   - افصل بين جميع المراحيض الجماعية أو المشتركة حسب الجنس والعمر حسب الاقتضاء.
2. قدر متطلبات المراحيض للسكان المتضررين استنادًا إلى المخاطر على الصحة العامة والعادات الثقافية وعلى جمع المياه وتخزينها.
3. تشاور مع الجهات المعنية التمثيلية حول إقامة أي مراحيض مشتركة أو جماعية وتصميمها وتنفيذها.
   - انظر في إمكانية الوصول والاستخدام حسب العمر والجنس والإعاقة؛ وكذلك من يواجهون صعوبات حركية؛ والمصابين بنقص المناعة البشرية؛ والمصابين بالسلس؛ والأقليات الجنسية والجنسانية.
   - حدد موقع أي مراحيض جماعية بحيث تكون قريبة من الأسر بشكل كافي وذلك لتمكين الوصول الآمن وفي نفس تكون بعيدة كفاية بحيث لا يتم وصم الأسر بقربها من المراحيض.
4. وفر مرافق مناسبة داخل المراحيض للغسل والتجفيف أو للتخلص من مستلزمات النظافة الحيضية أو السلس.
5. تأكد من إمكانية التلبية المجدية للاختيارات التقنية لاحتياجات الإمداد بالمياه.
   - اشمل إمدادات كافية لغسل الأيدي بالصابون وللنظافة الشرجية ولآليات الدفق بالماء أو السدادات الصحية عند اختيارها.

المؤشرات الأساسية

نسبة المراحيض المشتركة لعدد السكان

- الحد الأدنى 1 لكل 20 شخص

المسافة بين المسكن والمرحاض المشترك

- الحد الأقصى 50 متر

نسبة المراحيض التي فيها أقفال داخلية وإضاءة مناسبة

نسبة المراحيض التي أفادت النساء والفتيات إنها «آمنة»

نسبة النساء والفتيات الراضيات عن خيارات التعامل مع النظافة الحيضية في المراحيض التي يستخدمنها بانتظام

ملاحظات إرشادية

ما هو الكافي والمناسب والمقبول؟ سوف يستند نوع المرحاض المعتمد على مرحلة الاستجابة وتفضيلات المستخدمين المستهدفين والبنية التحتية القائمة وتوفر المياه لصرف المياه بالدفق وسلاسل صرف المياه وتشكيل التربة وتوفر مواد البناء.

تعد المراحيض كافية ومناسبة ومقبولة على وجه العموم إذا كانت:

- آمنة الاستخدام من جانب جميع قطاعات السكان، بما يشمل الأطفال وكبار السن والحوامل وذوي الإعاقة؛
- موقعها يحد من التهديدات الأمنية على المستخدمين، لاسيما النساء والفتيات وغيرهن من الأشخاص ذوي المخاوف الأمنية الخاصة؛
- لا تقع بعيدًا عن 50 مترًا من المساكن؛
- توفر خصوصية تتفق مع توقعات المستخدمين؛
- يسيرة في استخدامها وحفظ نظافتها (تُستخدم المراحيض النظيفة بشكل أكثر تكرارًا على وجه العموم)؛
- لا تشكل خطرًا على البيئة؛
- تتمتع بمساحة كافية لمختلف المستخدمين؛
- تتمتع بأقفال داخلية؛
- يتوفر معها إمكانية وصول ميسرة للمياه لغسل اليدين والنظافة الشرجية والغسل بتدفق المياه؛
- توفر نظافة وتجفيف وتصريف بشكل كريم لمواد النظافة الحيضية للنساء ونظافة الأطفال ومواد السلس للكبار؛
- تحد من تكاثر البعوض والذباب؛
- تحد من الرائحة.

وفر للمصابين بأمراض مزمنة، على شاكلة نقص المناعة البشرية، إمكانية وصول يسيرة للمرحاض، حيث كثيرًا ما يعانون من إسهال مزمن وانخفاض القدرة على الحركة.

ارصد الاستخدام ونسبة الأشخاص الذين أفادوا أن المراحيض تلبي احتياجاتهم، واستخدم هذه المعلومات لفهم الفئات التي لم يتحقق رضاها وكيف يمكن تحسين الموقف. انظر أيضًا في إمكانية الوصول والاستخدام حسب الجنس والعمر والإعاقة أو من جانب من يواجهون صعوبة في الحركة أو المصابين بنقص المناعة البشرية أو المصابين بالسلس.

إمكانية الوصول: يجب أن يحترم الخيار الفني الذي جرى تحديده حق جميع الأشخاص، بما في ذلك ذوي الإعاقة، في إمكانية الوصول الآمن لمرافق الإصحاح.

قد تكون هناك حاجة لتشييد مراحيض سهلة الوصول أو إضافات للمراحيض القائمة، أو تكييفها أو شراءها لتناسب الأطفال وكبار السن وذوي الإعاقة أو المصابين بالسلس. وكاسترشاد عام، يجب توفير مراحيض محايدة من الناحية الجنسانية ذات مدخل مفرد ومزودة بمنحدرات أو مداخل مستوى، مع إمكانية وصول محسنة داخل الهيكل العلوي، **بنسبة تبلغ 1 لكل 250 فرد كحد أدنى.**

مرافق سليمة وآمنة: قد يتسبب التحديد غير المناسب لمواقع المراحيض في جعل النساء والفتيات أكثر عرضة للهجمات، لاسيما خلال الليل. احرص على أن تشعر جميع الفئات المعرضة للخطر، بما في ذلك النساء والفتيات والصبيان وكبار السن وغيرهم من ذوي المخاوف المتعلق بالحماية، بالأمن والأمان عن استخدام المراحيض سواء أثناء الليل أو النهار. ووفر إضاءة مناسبة للمرافق وانظر في تزويد الفئات المعرضة للخطر بمشاعل. اسأل المجتمع عن كيفية تعزيز سلامة أفراده، لاسيما الأكثر تعرضًا للخطر. تشاور أيضًا مع الجهات المعنية في المدارس ومراكز الصحة والعيادات والمساحات الملائمة للأطفال والأسواق ومراكز التغذية.

لاحظ أنه ليس كافيًا التشاور مع النساء والأطفال فقط حول سلامة مرافق الإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة وتحقيقها للكرامة، حيث يتحكم الرجال في العديد من السياقات فيما يُسمح للنساء والأطفال بفعله. انتبه لهذه التسلسلات الهرمية الاجتماعية وديناميكيات السلطة، وانخرط بفاعلية مع صناع القرار لتعزيز حقوق النساء والأطفال في الوصول الآمن للمراحيض والحمامات.

يمكن أن تعزز إضاءة المرافق الجماعية إمكانية الوصول إلا أنها قد تجذب الأفراد لاستخدام الإضاءة لأغراض أخرى. اعمل مع المجتمع، لاسيما أولئك الأكثر عرضة لتهديدات على سلامتهم، للبحث عن طرق إضافية للحد من تعرضهم للمخاطر.

التحديد الكمي لمتطلبات المرحاض: انظر في كيفية تكييف متطلبات المرحاض في السياق لتعكس التغيرات في بيئة المعيشة قبل الأزمة وبعدها والمتطلبات في المساحات العامة وأي مخاطر محددة على الصحة العامة. خلال المراحل الأولى من الأزمة المفاجأة السريعة، **تعتبر المراحيض الجماعية حلًا فوريًا مع نسبة تبلغ 1 لكل 50 شخص كحد أدنى**، والتي يجب تحسينها في أقرب وقت ممكن. **نسبة الحد الأدنى متوسطة الأجل هي 1 لكل 20 شخص** مع نسبة 3 إلى 1 للنساء عن الرجال ⊕ انظر الملحق 4 لأرقام التخطيط وعدد المراحيض.

منزلية أم مشتركة أم جماعية؟ تعتبر المراحيض المنزلية هي الاختيار الأمثل، من حيث سلامة المستخدم وأمنه وراحته وحفظ كرامته، وكذلك الارتباطات الظاهرة بين الملكية والصيانة. وفي بعض الأحيان يعد اشتراك مجموعة صغيرة من المساكن في مرافق مشتركة هو العرف القائم. يمكن تصميم المراحيض الجماعية أو المشتركة وبنائها بهدف ضمان إنجاز المراحيض المنزلية في المستقبل. على سبيل المثال، يوفر ترك ممرات الإصحاح في المستوطنات مساحة لبناء مرافق جماعية بالقرب من أماكن الإيواء، ثم بناء مرافق منزلية كما تسمح الميزانيات. وتضمن ممرات الإصحاح إمكانية إزالة الترسيب والصيانة والتفكيك.

ستكون المراحيض الجماعية ضرورية أيضًا في بعض الأماكن العامة أو الجماعية، على شاكلة مرافق الصحة والأسواق ومراكز التغذية والبيئات التعليمية وأماكن الاستقبال والأماكن الإدارية ⊕ انظر الملحق 4: الحد الأدنى من أعداد المراحيض في المجتمع وفي المؤسسات والأماكن العامة.

سوف تحتاج مرافق الإصحاح الجماعية التي جرى بناؤها خلال الاستجابة السريعة إلى متطلبات خاصة للتشغيل والصيانة. يمكن التوافق مع المجتمعات على الدفع لمنظفي المراحيض كتدبير مؤقت، مع وضع استراتيجية خروج واضحة.

المياه ومواد التطهير الشرجي: عند تصميم المرافق، تأكد من توفر مياه كافية أو ورق حمام أو غيره من مواد التطهير الشرجي، وتشاور مع المستخدمين حول أنسب مواد التطهير وتأكد من التخلص الآمن من النفايات ومن استدامة الإمداد.

غسل اليدين: تأكد من تمكين المرفق لغسل اليدين، بما يشمل المياه والصابون (أو بديل مثل الرماد) بعد استخدام المراحيض وغسل مؤخرة الطفل بعد قضاء الحاجة وقبل الطعام وتجهيزه.

التعامل مع النظافة الحيضية: يجب أن تشتمل المراحيض على حاويات مناسبة للتخلص من المواد الخاصة بالحيض وذلك لمنع انسداد مواسير الصرف أو حدوث مشكلات في حفر الترسيب أو خزانات الصرف. تشاور مع النساء والفتيات حول تصميم المراحيض لتوفير مساحة وإمكانية للمياه للغسل ومناطق تجفيف.

معيار إدارة الفضلات 3.3:
إدارة جمع الفضلات ونقلها والتخلص منها ومعالجتها وصيانتها

إدارة مرافق إدارة الفضلات وبنيتها التحتية ونظمها وصيانتها بأمان لضمان تقديم الخدمة مع الوصول بالأثر على البيئة المحيطة للحد الأدنى.

الإجراءات الأساسية

1 أنشئ نظم للجمع والنقل والمعالجة والتصريف تتماشى مع النظم المحلية، وذلك بالعمل مع السلطات المحلية المسؤولة عن إدارة الفضلات.

- طبق المعايير الوطنية القائمة وتأكد من أن أي عبء زائد على النظم القائمة لا يؤثر بالسلب على البيئة أو المجتمعات.
- توافق مع السلطات المحلية وملاك الأراضي حول استخدام الأرض لأي معالجة أو تصريف خارج الموقع.

2 حدد نظم للإدارة قصيرة الأجل وطويلة الأجل للمراحيض، لاسيما البنى السفلية (حفر التصريف والأقبية وخزانات الصرف وحفر الترسيب).

- صمم البنى التحتية وحدد حجمها لضمان قدرتها على احتواء جميع الفضلات وكذلك إمكانية إزالة أوحال الحفر.
- أنشئ أدوار ومسؤوليات واضحة وخاضعة للمساءلة وحدد مصادر التمويل للتشغيل والصيانة المستقبلية.

3 أزل الحمأ من مرافق احتواء الفضلات بأمان، مع الأخذ في الاعتبار أولئك الذين يقومون بالجمع والمحيطين بهم.

4 تأكد من امتلاك الأشخاص للمعلومات والوسائل والأدوات والمواد لإنشاء مراحيضهم وتنظيفها وإصلاحها وصيانتها.

- نفذ حملات للنهوض بالنظافة عند استخدام المراحيض وتنظيفها وصيانتها.

5 تأكد من إمكانية تأمين أية مياه مطلوبة لنقل الفضلات من مصادر المياه المتوفرة، دون وضع عبء لا داعي له على تلك المصادر.

المؤشرات الأساسية

يتم التخلص من جميع الفضلات البشرية بطريقة آمنة للصحة العامة والبيئة

ملاحظات إرشادية

إزالة االحمأ هي إزالة الفضلات (المعالجة كليًا أو جزئيًا) من الحفر أو الأقبية أو الخزانات، ونقلها للمعالجة خارج الموقع وإلى مرفق التصريف. عند الحاجة لإزالة الأوحال، يجب تصميم العملية لتشمل عمليات التشغيل والصيانة والميزانيات من البداية.

تُصنف مياه المجارير أو مياه الصرف المنزلي بأنها مياه صرف صحي عند خلطها بالفضلات البشرية. ينبغي عدم السماح بخلط مياه الصرف المنزلية مع الفضلات البشرية مالم تكن المستوطنة مقامة في مكان يوجد فيه نظام صرف صحي قائم، حيث أن الصرف الصحي أصعب في المعالجة وأكثر تكلفة عن مياه الصرف المنزلية.

التخطيط: مبدئيًا، خطط لوجود حجم 1-2 لتر من الفضلات البشرية للشخص في اليوم. وعلى المدى الطويل، خطط لوجود 40-90 لتر للشخص في السنة (يقل حجم الفضلات بسبب تحللها). وسوف يعتمد الحجم الفعلي على استخدام المياه للشطف والطرد من عدمه، وعلى استخدام مادة للتنظيف الشرجي أو استخدام المياه، وكذلك إذا كانت المياه أو مادة أخرى مستخدمة لتنظيف المراحيض وكذلك النظام الصحي للمستخدمين. تأكد من عدم اختلاط المياه المنزلية من أنشطة التنظيف والطهي أو من غسل الملابس والاغتسال إلى مرافق الاحتواء، حيث أن الزيادة في الحجم سوف تؤدي إلى مزيد من أعمال إزالة الأوحال. اترك 0.5 متر عند الجزء العلوي من الحفرة للردم.

لحالات الصحة العامة المتخصصة، مثل تفشي الكوليرا ⊕ انظر معيار الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

الأسواق المحلية: استخدم المواد والعمالة المتوفرة محليًا لتشييد المراحيض عند الاقتضاء، حيث يعزز ذلك المشاركة في استخدام المرافق وصيانتها.

احتواء الفضلات في البيئات القاسية: في الفيضانات أو الأزمات الحضرية، قد يكون من الصعب توفير مرافق مناسبة لاحتواء الفضلات على وجه الخصوص. في هذه الحالات، انظر في استخدام المراحيض المرتفعة ومراحيض تحويل البول وخزانات احتواء الصرف والحقائب البلاستيكية القابلة للتحلل المؤقتة التي يمكن التخلص منها مع نظم جمع وتصريف مناسبة. ادعم هذه النُهج المختلفة عن طريق نشاطات للنهوض بالنظافة.

الإفرازات باعتبارها مصدرا للموارد: تعد الفضلات كذلك مصدرا محتملا للموارد. تتوفر تكنولوجيا لتحويل الوحل المعالج إلى طاقة، على شاكلة الطوب القابل للاحتراق أو الغاز الحيوي.

يتمكن الإصحاح الإيكولوجي أو عمليات صنع السماد من استعادة الأجزاء العضوية والمغذيات من مزيج من النفايات البشرية ونفايات المطبخ العضوية. يمكن استخدام السماد الناتج كمحسن للتربة أو سماد للحدائق المنزلية.

4. مكافحة نواقل الأمراض

ناقل المرض هو وسيط حامل للمرض. تنشئ نواقل الأمراض مسارًا من مصدر المرض إلى البشر. وتعتبر الأمراض المحمولة بنواقل المرض سببًا رئيسيًا للمرض والوفاة في العديد من الأوضاع الإنسانية. معظم نواقل المرض حشرات، مثل البعوض والذباب والقمل، إلا أن القوارض ناقلة للأمراض أيضًا. كما أن بعضها يتسبب في لدغات مؤلمة. وقد تمثل نواقل الأمراض أعراض لمشكلات في إدارة النفايات الصلبة أو الصرف أو الفضلات البشرية أو سوء اختيار الموقع أو مشكلات أوسع نطاقًا تتعلق بالأمن والسلامة.

يمكن أن يكون المرض المحمول بالنواقل معقدًا وقد يحتاج حل المشكلات المتعلقة بالنواقل إلى مشورة متخصصة. وبالرغم من ذلك، يمكن لتدابير بسيطة وفعالة منع انتشار هذه الأمراض.

قد لا يكون لبرامج مكافحة نواقل الأمراض أي تأثير إذا استهدفت الناقل الخطأ أو استخدمت أساليب غير فعالة أو استهدفت الناقل الصحيح في مكان خطأ أو وقت غير مناسب. يجب أن تستهدف المكافحة دورة حياة النواقل وإيكولوجياتها وأن تستند عليهما.

ينبغي أن تهدف برامج المكافحة إلى الحد من الكثافة العددية للنواقل ومواقع تكاثرها والاتصال بين البشر والنواقل. عند تطوير البرامج، استعن بالدراسات الحالية والتمس مشورة الخبراء من منظمات الصحة الوطنية والدولية. التمس المشورة المحلية حول أنماط المرض ومواقع التكاثر والتغيرات الموسمية في عدد النواقل وإصابات المرض.

تركز المعايير في هذا القسم على الحد من مشكلة النواقل أو التخلص منها لمنع الأمراض المحمولة بالنواقل وللحد من الإزعاج. ومن الضروري القيام بمكافحة النواقل عبر عدة قطاعات ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة 2 والرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 1.1.2 ومعيار المساعدة الغذائية 2.6.

معيار مكافحة نواقل الأمراض 1.4:
مكافحة نواقل الأمراض على مستوى المستوطنة

استهداف من يعيشون في بيئة تتكاثر فيها نواقل المرض وكذلك مواقع التغذية للحد من خطر المشكلات المتعلقة بنواقل الأمراض.

الإجراءات الأساسية

1 قدّر خطر المرض المحمول بالنواقل في منطقة محددة.

- حدد إذا ما كانت معدل الإصابة في المنطقة أكبر من المحدد من جانب منظمة الصحة العالمية أو المعيار الوطني المحدد.
- تعرف على المواقع المحتملة لتكاثر النواقل ودورة حياتها، لاسيما التغذية، بالاستعانة بالخبرات والمعرفة المحلية المتعلقة بالنواقل المهمة.

2 حقق المواءمة بين الإجراءات الإنسانية لمكافحة النواقل والخطط أو النظم المحلية لمكافحة النواقل ومع التوجيهات أو البرامج أو السياسات المحلية.

3 حدد مدى مناسبة المكافحة الكيميائية وغير الكيميائية للنواقل خارج المنازل استنادًا إلى فهم دورة حياة الناقل.

- بلّغ السكان حول الخطر المحتمل الناشئ من المكافحة الكيميائية للنواقل وحول جدول إجراء المكافحة الكيميائية.
- درّب جميع الموظفين المتعاملين مع المواد الكيميائية وجهزهم بملابس ومعدات وقاية شخصية.

المؤشرات الأساسية

نسبة مواقع التكاثر المكتشفة والتي تم تعطيل دورة حياة الناقل فيها

ملاحظات إرشادية

المستوطنات البشرية الجماعية: يمثل اختيار الموقع جزءً مهمًا من الحد من تعرض الأشخاص المتضررين لخطر الأمراض المحمولة بالنواقل. وينبغي أن يمثل هذا أحد العوامل الرئيسية عند النظر في المواقع المحتملة. لمكافحة الملاريا، على سبيل المثال، حدد موقع المستوطنات البشرية الجماعية على بعد 1-2 كيلو متر في اتجاه عكس الريح من مواقع التكاثر الكبيرة، على شاكلة المستنقعات أو البحيرات، ولكن مع ضمان توفر مصدر إضافية للمياه النظيفة. ضع في الاعتبار الأثر الذي قد تمثله المستوطنة الجديدة على وجود مشكلة للنواقل المرض على المجتمعات المضيفة المجاورة ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة 2: تخطيط الموقع والمستوطنة.

تقدير عوامل الخطر: أسس القرارات المتعلقة باستجابات مكافحة نواقل الأمراض على تقدير للمرض المحتمل وغيرها من المخاطر، وذلك فضلًا عن الأدلة السريرية والوبائية لمشكلات المرض المحمول بالنواقل. راجع أيضًا الحالات المشتبه بها والمؤكدة خلال فترة عامين سابقين في المنطقة المحددة. تشمل العوامل الأخرى التي تؤثر على هذا الخطر ما يلي:

- الحالة المناعية للسكان، بما يشمل التعرض السابق وحالة الإجهادات التغذوية وغيرها؛
- انتقال الناس (على شاكلة اللاجئين والنازحين داخليًا) من منطقة غير موبوءة إلى منطقة موبوءة (أحد الأسباب الشائعة للأوبئة)؛
- نوع مسبب المرض وانتشاره، بين كل من نواقل المرض والبشر؛
- نوع ناقلات المرض وعددها وسلوكها وإيكولوجيتها (موسمها ومواقع التكاثر) والكيفية المحتملة لتفاعلاتها؛
- زيادة التعرض للنواقل كنتيجة لقرب المستوطنة ونمطها ونوع المأوى والحماية الفردية القائمة وتدابير تجنبها.

إزالة مواقع تكاثر النواقل وتغذيتها أو تعديلها: يمكن للعديد من نشاطات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة أن يكون لها أثر كبير على تكاثر النواقل وأماكن تغذيتها، وهذا يشمل:

- إزالة المياه الراكدة أو المناطق الرطبة حول نقاط توزيع المياه ومناطق الاغتسال وغسل الملابس؛
- إدارة تخزين النفايات الصلبة على مستوى الأسرة وإدارة جمعها ونقلها ومعالجتها ومواقع التخلص منها؛
- توفير أغطية لحاويات المياه؛
- إدارة الفضلات؛
- تنظيف ألواح المراحيض والبنى العلوية لتثبيط وجود النواقل؛

- إحكام إغلاق حفر المراحيض الخارجية لضمان عدم انتقال الغائط للبيئة وعدم دخول النواقل المسببة للمشكلة إلى الحفر؛
- إدارة برامج للنهوض بالنظافة فيما يتعلق بالنظافة العامة؛
- الحفاظ على تغطية الآبار أو معالجتها بمبيد اليرقات أو كلاهما (على سبيل المثال في المناطق التي تتفشى فيها حمى الضنك).

الأنواع الثلاث الرئيسية من البعوض المسؤولة عن نقل المرض هي:

- بعوضة الكوليكس (الخيطيات وفيروس غرب النيل)، والتي تتكاثر في المياه الراكدة المحتوية على مياه عضوية، مثل المراحيض؛
- بعوضة الأنوفيليس (الملاريا والخيطيات)، والتي تتكاثر في المياه السطحية غير الملوثة نسبيًا مثل البرك والجداول بطيئة التدفق والآبار؛
- الزاعجة (حمى الضنك والحمى الصفراء وداء شيكونغونيا وفيروس زيكا)، والتي تتكاثر في حاويات المياه مثل الزجاجات والدلاء والإطارات.

المكافحة البيولوجية وغير كيميائية: توفر المكافحة البيولوجية كائنات حية تتغذى على أنواع ناقل المرض المستهدف أو تتطفل عليه أو تتنافس معه أو تحد من أعداده. على سبيل المثال، تكافح الأسماك المتغذية على اليرقات والأسماك القشرية في المياه العذبة بعوض الزاعجة (نواقل حمى الضنك). وأحد أهم الاستراتيجيات الواعدة هي استخدام بكتيريا الولبخية المعايشة داخليًا، والتي تم استخدامها لاستهداف الحد من انتقال عدوى فيروس حمى الضنك. كانت المكافحة البيولوجية فعالة في بيئات تشغيلية محددة، وتوجد دلائل تشير إلى أنها فعالة على نطاق واسع. في الوقت الذي تتجنب فيه المكافحة البيولوجية التلويث الكيميائي للبيئة، قد يكون لها حدود تشغيلية وعواقب بيولوجية غير مرغوبة. إن وسائل المكافحة البيولوجية ليست فعالة في مكافحة المراحل غير الناضجة من البعوض الناقل، ويقتصر استخدامها على حاويات تخزين المياه الكبيرة الخرسانية أو المصنوعة من الطين المزجج أو الآبار. ويُعد استعداد المجتمعات المحلية لاستقبال إدخال كائنات حية لحاويات المياه أمرًا ضروريًا. يُفضل إشراك المجتمع عند توزيع كائنات المكافحة وفي المراقبة وإعادة تخزين الحاويات عند الضرورة.

الهندسة البيئية للاستجابات: يمكن للعديد من تدابير الهندسة البيئية الأساسية الحد من تكاثر نواقل الأمراض، وذلك يشمل:

- التخلص بشكل صحيح من الفضلات البشرية والحيوانية، والتشغيل الصحيح للمراحيض، والحفاظ على وجود أغطية على فتحات مرحاض القرفصاء؛
- التخلص بشكل صحيح من النفايات الصلبة لمكافحة الحشرات والقوارض؛
- الحرص على وجود صرف جيد في المستوطنات؛
- تصريف المياه الراكدة وإزالة الغطاء النباتي حول القنوات المفتوحة والبرك لمكافحة البعوض.

من شأن هذه التدابير أن تقلل من الكثافة العددية لبعض نواقل الأمراض. وقد لا يكون من الممكن تحقيق أثر كاف على جميع مواقع تكاثر الناقلات وتغذيتها ومعيشتها داخل المستوطنة أو بالقرب منها، حتى على المدى الطويل. وفي هذه الحالة، انظر في المكافحة الكيميائية الموضعية أو تدابير الحماية الفردية. إن رش المناطق المصابة يمكن أن يقلل من عدد الذبابات البالغة ويمنع من الانتشار الوبائي للإسهال أو يساعد في الحد من عبء المرض عند القيام به أثناء انتشار الوباء. كما أن الرش الموضعي داخل المباني سوف يحد من كثافة البعوض البالغ الناقل للملاريا أو حمى الضنك. وسوف تقلل الطعوم السامة من أعداد القوارض.

البروتوكولات الوطنية والدولية: نشرت منظمة الصحة العالمية برتوكولات ومعايير دولية واضحة تعالج كل من اختيار المواد الكيميائية واستخدامها في مكافحة النواقل، فضلًا عن حماية العاملين ومتطلبات التدريب. يجب

أن تعالج تدابير مكافحة النواقل مصدرين رئيسيين للقلق: الفعالية والسلامة. وإذا كانت المعايير الوطنية فيما يتعلق باختيار المواد الكيميائية لا ترقى للمعايير الدولية، فتشاور مع الجهة الوطنية المختصة ومارس الضغط عليها للسماح بالالتزام بالمعايير الدولية.

احمِ جميع العاملين المتعاملين مع المواد الكيميائية عن طريق توفير التدريب والملابس الواقية ومرافق الاغتسال والحد من الساعات التي يقضونها في التعامل مع المواد الكيميائية.

التنسيق مع معالجة الملاريا: نفذ استراتيجيات مكافحة نواقل الملاريا في نفس وقت التشخيص المبكر والعلاج بمضادات الملاريا ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 1.1.2: الوقاية.

معيار مكافحة نواقل الأمراض 2.4:
الأعمال المنزلية والشخصية لمكافحة النواقل

يمتلك جميع المتضررين المعرفة والوسائل لحماية أنفسهم وأسرهم من النواقل التي قد تسبب خطرًا كبيرًا على الصحة أو الرفاهية.

الإجراءات الأساسية

1. قدّر الممارسات الحالية للتجنب والردع على مستوى المنزل كجزء من برنامج شامل للنهوض بالنظافة.
   - حدد العوائق التي تحول دون تبني سلوكيات ومحفزات أكثر فعالية.
2. استخدم حملات التوعية الميسرة والقائمة على المشاركة لتعليم الناس حول مشكلة النواقل والأوقات والأماكن التي يرتفع فيها خطر انتقال المرض والتدابير الوقائية.
   - تابع مع الفئات المعرضة للخطر على وجه التحديد.
3. أجر تقدير للسوق المحلي فيما يتعلق بتدابير الوقاية المناسبة والفعالة.
   - خذ بعين الاعتبار تقوية الأسواق لتقديم مصدر مستدام من تدابير الوقاية.
   - ضع خطة مشتريات وتوزيع وتنفيذ لمستلزمات مكافحة النواقل بالتعاون مع المجتمع والسلطات المحلية وغيرها من القطاعات في حالة عدم قدرة الأسواق المحلية على تلبية الطلب.
4. درّب المجتمعات على الرصد والتبليغ وتقديم التعقيبات فيما يتعلق بمشكلة النواقل وبرنامج مكافحة النواقل.

المؤشرات الأساسية

نسبة المتضررين الذين يمكنهم وصف أوضاع انتقال المرض والتدابير الفعالة لمكافحة النواقل على مستوى الأسرة بشكل صحيح

نسبة الأشخاص الذين اتخذوا إجراءات مناسبة لحماية أنفسهم من الأمراض المحمولة بالناقل المعني.

نسبة الأسر التي تتمتع بحماية مناسبة للطعام المخزن

ملاحظات إرشادية

التدابير الفردية للحماية من الملاريا: تساعد تدابير الحماية المنهجية المؤقتة بتوقيت مناسب على شاكلة الخيام والستائر والناموسيات المحتوية على مبيد للحشرات في الحماية من الملاريا. وتمنح الناموسيات المحتوية على مبيد طويل المفعول بعض الحماية ضد قمل الجسم والرأس والبراغيث والقراد والصراصير وبق الفراش. استخدم وسائل الحماية الأخرى على شاكلة الملابس طويلة الأكمام والتبخير المنزلي ولفائف الاحتراق ومرذاذ الأيروسول وطارد البعوض، وادعم استخدام تلك الوسائل للفئات الأكثر تعرضًا للخطر، مثل الأطفال دون سن الخامسة والمصابين بنقص في المناعة والحوامل.

الفئات المعرضة للخطر الشديد: ستكون بعض قطاعات المجتمع أكثر تعرضًا لخطر الأمراض المرتبطة بالنواقل عن غيرها، لاسيما الرضع وكبار السن وذوي الإعاقة والمرضى والحوامل والمرضعات. حدد الفئات المعرضة لخطر كبير واتخذ إجراءات خاصة للحد من هذا الخطر. احرص على عدم التشهير.

التعبئة الاجتماعية والتواصل: يلزم تغيير سلوكي على مستوى الفرد والمجتمع للحد من مواطن يرقات النواقل وعدد النواقل البالغة. ويجب أن تتكامل أنشطة التعبئة المجتمعية والتواصل بشكل كامل مع جهود مكافحة النواقل والوقاية منها، وذلك باستخدام مجموعة واسعة من قنوات الاتصال.

تدابير الحماية من النواقل الأخرى: تعد النظافة الشخصية الجيدة والغسل المنتظم للملابس والفراش هي أفضل حماية ضد قمل الجسم. كافح تفشي الحشرات بالمعالجة الشخصية (استعمال المسحوق) والحملات الجماعية للغسيل وإبادة القمل. ضع برتوكولات معالجة واستخدمها مع الوافدين الجدد إلى المستوطنة. إن البيئة المنزلية النظيفة والتخلص الفعال من النفايات والتخزين المناسب للطعام المطبوخ وغير المطبوخ سوف تردع الفئران وغيرها من القوارض والحشرات (مثل الصراصير) من الدخول للمنزل أو المأوى ⊕ انظر معيار النهوض بالنظافة 1.1 النهوض بالنظافة.

5. إدارة النفايات الصلبة

إدارة النفايات الصلبة هي عملية إدارة النفايات العضوية وغير العضوية الناتجة من المنازل أو المؤسسات أو الأماكن الجماعية أو النفايات الصلبة الطبية والخطرة وغير الخطرة. ويتضمن ذلك ما يلي:

- تخطيط نظم إدارة النفايات الصلبة؛
- التعامل مع النفايات وفصلها وتخزينها ومعالجتها عند المصدر؛
- النقل إلى نقطة التجميع؛
- النقل والتخلص النهائي وإعادة الاستخدام أو تغيير الغرض أو إعادة التدوير.

يمكن جمع النفايات على مستوى الأسرة أو المؤسسة أو المجتمع.

تعرض الإدارة غير الكفؤ للنفايات الصلبة الصحة العامة للخطر حيث يمكنها أن تخلق بيئة مؤاتيه للحشرات والقوارض وغيرها من نواقل الأمراض ⊕ انظر معيار مكافحة نواقل الأمراض 1.4: مكافحة نواقل الأمراض على مستوى المستوطنة. ويمكن أن تتسبب النفايات غير المعالجة في تلوث المياه السطحية والجوفية. وقد يلعب الأطفال في النفايات الصلبة التي لم تتم إدارتها بشكل جيد، مما يعرضهم لخطر الإصابة أو المرض. كما قد يتعرض ملتقطو النفايات، الذين يكسبون المال من جمع المواد القابلة لإعادة الاستخدام من مكبات النفايات، لخطر الإصابة أو الأمراض المعدية.

قد تتسبب النفايات الصلبة في انسداد نظم الصرف، وتتسبب تجميع مياه سطحية راكدة وملوثة، مما قد يشكل موطنًا لنواقل الأمراض وتسبب في مزيد من المخاطر على الصحة العامة.

لا تغطي هذه المعايير معالجة النفايات الكيميائية السائلة أو المواد الراشحة. ⊕ انظرالمراجع والمزيد من المطالعة للاطلاع على مصادر تتعلق بنصائح للتعامل مع النفايات الخطرة ومعالجتها. للنفايات الطبية ⊕ انظر معيار الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

معيار إدارة النفايات الصلبة 1.5:
بيئة خالية من النفايات الصلبة

احتواء النفايات الصلبة بأمان لتجنب تلوث البيئة الطبيعية وبيئات المعيشة والتعليم والعمل والبيئة الجماعية.

الإجراءات الأساسية

1. صمم برنامج التخلص من النفايات الصلبة استناداً إلى المخاطر على الصحة العامة وتقدير النفايات الناتجة من المنازل والمؤسسات وكذلك الممارسة القائمة.

- قيم القدرات المحلية لإعادة الاستخدام أو التطويع لغرض آخر أو إعادة التدوير أو التحويل لسماد.
- افهم أدوار النساء والرجال والفتيات والفتيان في إدارة النفايات الصلبة لتجنب التسبب في المزيد من مخاطر الحماية.

2 اعمل مع السلطات المحلية أو البلدية ومقدمي الخدمات للتأكد من عدم إثقال النظم والبنية التحتية القائمة بأعباء زائدة، لاسيما في المناطق الحضرية.

- تأكد من أن مرافق معالجة النفايات والتخلص منها خارج الموقع الحالية والجديدة يمكن استخدامها من قبل الجميع.
- حدد جدول زمني للامتثال في أسرع وقت ممكن مع سياسات أو معايير الصحة المحلية بشأن إدارة النفايات الصلبة.

3 نظم حملات دورية أو موجهّة لتنظيف النفايات مع توفر البنية التحتية لدعم الحملة.

4 وفر ملابس واقية وحصّن القائمين بجمع النفايات الصلبة والتخلص منها، وكذلك المنخرطين في عمليات إعادة الاستخدام أو التطويع لغرض آخر.

5 تأكد من الإدارة المناسبة والكفؤ والآمنة لمواقع المعالجة.

- استخدم أي طرق آمنة ومناسبة للتخلص من النفايات ومعالجتها، بما يشمل الدفن والمكبات المنظمة والترميد.
- أدر مواقع إدارة النفايات للوقاية من المخاطر على الحماية أو الحد منها، لاسيما على الأطفال.

6 قلل من مواد التغليف وقلل من عبء النفايات الصلبة بالعمل مع المنظمات المسؤولة عن توزيع الغذاء والمستلزمات المنزلية.

المؤشر الأساسي

لا توجد نفايات صلبة متراكمة حول الحي المعني أو مناطق التجميع العامة

ملاحظات إرشادية

سيتخلص الأشخاص المنتقلون من المستلزمات الثقيلة أو التي لم تعد هناك حاجة لها. وقد يتسبب تكوين النفايات الصلبة في نقاط التوزيع في زيادة التوترات مع السكان المضيفين، وسوف يزداد حجم النفايات الصلبة إذا لم تلبي المستلزمات المنزلية التي يجري توزيعها حاجات حقيقية. يرجح أن تكون هذه النفايات الصلبة من مواد مختلفة عن التي يتم إنتاجها محليًا وتكون في حاجة ليتم معالجتها أو التخلص منها على نحو مختلف.

المناطق الحضرية: قد تتكامل البنية التحتية لإدارة النفايات الصلبة في المناطق الحضرية مع نظم خدمية أخرى. اعمل مع السلطات والنظم القائمة لاستيعاب عبء النفايات الصلة الإضافية.

حماية المتعاملين مع النفايات: وفرّ ملابس واقية لجميع الأشخاص المنخرطين في إدارة النفايات الصلبة. وفرّ قفازات كحد أدنى. ويفضل أيضًا توفير أحذية وأقنعة واقية، وقدم تحصينًا ضد الكزاز والفيروس الكبدي الوبائي بي عند الضرورة. واحرص على توفر المياه والصابون لغسل اليدين والوجه. علّم أيضًا الموظفين وتدريبهم على الطرق الصحيحة لنقل النفايات والتخلص منها، والمخاطر المرتبطة بسوء إدارتها ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 2.1.1: الوقاية.

قد يُوصم المتعاملون مع النفايات بالقذارة والفقر. يمكن أن يساعد التشاور مع المجتمعات على تغيير مواقفها. وكذلك الحرص على تجهيز المتعاملين مع النفايات بالمعدات المناسبة يساعد في قدرتهم على الحفاظ على النظافة.

المستوطنات البشرية الجماعية والمناطق الريفية: يمكن، بل حتى يُفضل، التخلص من النفايات الصلبة المنزلية في المستوطنات البشرية الجماعية والمناطق ذات الكثافة السكانية المنخفضة. يجب أن يستند حجم

حفر حرق أو دفن النفايات المنزلية الصلبة على حجم الأسرة وعلى تقييم لتدفق النفايات. ويجب تسوير الحفر المنزلية بشكل مناسب لمنع وصول الأطفال والحيوانات إليها، ويفضل أن تكون على بعد 15 متر على الأقل من المساكن.

فيما يتعلق بنقاط التجميع الجماعية أو الخاصة بالحي، ابدأ بتوفير حاويات بسعة 100 لتر لكل 40 أسرة. وفر حاوية واحدة لكل عشر أسر على المدى الطويل حيث يُرجح زيادة انتاج النفايات المنزلية مع الوقت. وكدليل استرشادي، يجب توفر فريق صيانة يضم 2.5 شخص لكل 1000 شخص.

إعادة الاستخدام وإعادة تعيين الغرض وإعادة التدوير: شجع المجتمع على إعادة استخدام النفايات الصلبة وإعادة تعيين الغرض منها وتدويرها، مالم يشكل ذلك خطرًا كبيرًا على الصحة العامة. انظر في تحقيق فرص محتملة للأعمال التجارية الصغيرة أو دخل تكميلي من إعادة تدوير النفايات أو بقيام الأسر والجماعات بتحليل النفايات العضوية لأسمدة.

معيار إدارة النفايات الصلبة 2.5:
الإجراءات المنزلية والشخصية لإدارة النفايات الصلبة بشكل آمن

يستطيع الأشخاص جمع النفايات الصلبة ويحتمل قدرتهم على معالجتها في منازلهم.

الإجراءات الأساسية

1. وفر وسائل تخزين مغطاة ومريحة وذات حجم مناسب للنفايات المنزلية أو حاويات لمجموعات الأسر الصغيرة.
   - انظر في تفضيل الأسرة لعدد حاويات إعادة الاستخدام والتدوير وحجمها.
2. وفر نقاط تجميع عامة قريبة مسورة ومميزة بوضوح للأسر للتخلص من النفايات فيها بشكل يومي.
3. رتب نظامًا للتخلص من النفايات المنزلية وغيرها من نقاط التجميع العامة المخصصة.
4. تأكد من الإدارة الآمنة لحفر دفن لنفايات الصلبة أو حرقها على مستوى الأسرة أو الجماعة.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأسرة التي تتمتع بوصول إلى نقطة تجميع نفايات صلبة مخصصة مجاورة أو جماعية والتي تقع على مسافة مقبولة من مساكنهم.

نسبة الأسر التي أفادت بالقيام بتخزين النفايات بشكل مناسب وكاف على مستوى الأسرة

ملاحظات إرشادية

التخطيط: يعتمد مقدار النفايات الصلبة التي ينتجها الناس على كيفية الحصول على الطعام وطهوه، وعلى النشاطات التي يتم تنفيذها داخل المنزل أو بالقرب منه. قد تكون الاختلافات موسمية، وفي الغالب تتناسب مع جداول التوزيع أو السوق. افترض أن كل شخص يخلف 0.5 كيلوجرام من النفايات الصلبة يوميًا. وهذا يعادل 1–3 لتر لكل شخص يوميًا، استنادًا على الكثافة النموذجية للنفايات الصلبة التي تتراوح من 200 إلى 400 كجم/م^3.

معيار إدارة النفايات الصلبة 3.5:
نظم إدارة النفايات الصلبة على مستوى المجتمع المحلي

عدم طفح النفايات من نقاط التجميع العامة المخصصة، وتمتع المعالجة النهائية من النفايات أو التخلص منها بالأمن والسلامة.

الإجراءات الأساسية

1. تأكد أن المؤسسات على شاكلة المدارس ومساحات التعليم والمساحات الملائمة للأطفال والمكاتب الإدارية لديها موضع تخزين للنفايات مغطى ومناسب وكفؤ ومميز بوضوح في الموقع.
2. وفر موضع تخزين للنفايات مسوّر ومميز بوضوح للنفايات الناتجة في المناطق الجماعية، لاسيما الأسواق الرسمية وغير الرسمية ومراكز العبور ومراكز التسجيل.

المؤشرات الأساسية

نسبة المدارس ومراكز التعليم التي لديها موضع تخزين مناسب وكفؤ للنفايات

نسبة الأسواق العامة التي لديها موضع تخزين مناسب وكفؤ للنفايات

نسبة حفر النفايات الصلبة أو المحارق التي تُدار بطريقة آمنة في المدارس والمراكز التعليمية والأسواق العامة وغيرها من المؤسسات العامة

ملاحظات إرشادية

نفايات السوق: تحتاج الأسواق إلى عناية خاصة، حيث أن المناطق الجماعية تفتقد لحس الملكية المخصصة والمسؤولية عن إدارة النفايات الصلبة. عالج معظم نفايات السوق بنفس طريقة النفايات المنزلية الصلبة.

نفايات المسالخ: تأكد أن يتم الذبح بطريقة نظيفة ويلتزم بالقوانين المحلية. يمكن معالجة معظم النفايات الصلبة الناتجة في المسالخ وأسواق السمك بنفس طريقة النفايات المنزلية الصلبة ولكن انتبه بشكل خاص إلى النفايات السائلة. عند الاقتضاء، تخلص من هذه النفايات في حفرة مغطاة بالقرب من المسلخ أو منشأة تجهيز السمك. أطلق الدماء والنفايات السائلة الأخرى إلى الحفرة من خلال قناة مائلة ومغطاة وذلك للحد من وصول الحشرات إلى الحفرة. وفر المياه لأغراض التنظيف.

6. المياه والإصحاح والنظافة عند تفشي الأمراض وفيبيئات الرعاية الصحية

تعمل الجهات الفاعلة في قطاع الصحة وقطاع الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة معًا للحد من المخاطر على الصحة العامة وعلى منع انتقال الأمراض وعلى مكافحة تفشي الأمراض. من الضروري التنسيق الوثيق مع الهياكل الحكومية والشركاء – عبر هذين القطاعيين – للتعامل مع المخاطر على الصحة العامة في المجتمع وفي بيئات الرعاية الصحية. وينطلق هذا المعيار من معايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة 1-5، ويجب الرجوع إلى فصل الصحة في مجمله وأن يوجّه جميع عمليات التدخل التقنية.

تعد الوقاية من العدوى ومكافحتها هي النشاط الرئيسي في الوقاية من المرض في أي وضع من الأوضاع فضلًا عن الاستجابة لتفشي المرض، حيث أنها من الأهمية بمكان بالنسبة للمريض ولعامل الرعاية الصحية وللمجتمع. تقع على عاتق الوكالات الصحية مسؤولية ضمان الوفاء بالمعايير الدنيا في بيئات الرعاية الصحية، بالرغم من تطلب ذلك في الغالب لتعاون منظم ودعم من الجهات الفاعلة في الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة.

سوف ينتج على التطبيق الجيد والمستمر لممارسات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، في كل من المجتمع وبيئات الرعاية الصحية، الحد من انتقال الأمراض المعدية والمساعدة في مكافحة تفشي الأمراض. تنطبق الإجراءات الدنيا من هذا المعيار على الاستجابة المستمرة وتبرز المناطق التي يجب الارتقاء بها في حالة وجود تفشي.

الاستجابة لتفشي المرض المعتمدة على المجتمع

ولا تعد الاستجابة لكل مكون من مكونات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة أمرًا عمليًا على الدوام. ركز على المخاطر التي تؤثر بشكل مباشر على الصحة العامة وعلى بناء الثقة والمساءة مع المجتمعات، وحدد أولويات الاستجابة انطلاقًا من نتائج تقرير علم الوبائيات وتقدير عوامل الخطر ومسارات انتقال العدوى (لاسيما التي تتجاوز المسار من الغائط عبر الفم) والأثر المتوقع لكل عملية تدخل والموارد المتاحة.

تظل المشاركة المجتمعية هي العنصر الأساسي في الاستجابة للتفشي بغرض منع انتشار المرض. يمكن أن تدعم تصورات المجتمع ومعتقداته الحالية الاستجابة أو تقوضها، ومن ثم من المهم تفهمها ومعالجتها. وقد يتوجب تعديل بعض الأعراف الاجتماعية لمنع انتقال المرض. على سبيل المثال، تعاون مع المجتمع للكشف عن صيغ بديلة للتحية لتحل محل المصافحة.

شجع التدابير المخصصة للوقاية من المرض وعلاجه داخل المجتمع المتضرر. وقد يشمل ذلك استخدام الناموسيات للوقاية من الملاريا أو سوائل الإماهة الفموية والزنك (للأطفال) لعلاج الإسهال. ويجب تدريب العاملين في التوعية المجتمعية عن قيامهم بالتقصي النشط للحالات أو المهمات المتعلقة بها. ادمج جميع البيانات إلى التحقيق الشامل في التفشي وفي الاستجابة. يعد التعقب السريع لانتشار التفشي والمتأثرين به أمرًا ضروريًا لتحقيق استجابة في الوقت المناسب وسوف تمنع البيانات المدمجة في النظام المشترك من العد المزدوج أو من تفويت مناطق رئيسية ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية-معيار الأمراض المعدية 4.1.2: التأهب والاستجابة للتفشي.

تابع أحدث التوجيهات التقنية بشكل دائم أثناء أي تفشي للأمراض حيث لدى الأمراض الناشئة مخاطر وتأثيرات مختلفة. يتوفر توجيه موسع فيما يخص الوقاية من العدوى من أمراض معينة ومكافحتها، ويجب اتباعها كأولوية ⊕ انظر المراجع أدناه. يتناول هذا المعيار الحد الأدنى من المسائل التي يجب وضعها في الاعتبار وكذلك التعاون بين قطاع الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وقطاع الصحة. المخطط أدناه يقدم نظرة عامة للإجراءات الرئيسية المعتمدة على المجتمع والمتعلقة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة خلال تفشي المرض. للإجراءات الصحية ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير الأمراض المعدية 1.1.2 إلى 4.1.2.



مبادئ الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والصحة لاتخاذ إجراءات في المجتمع أثناء الفاضيات (شكل رقم 4)

المعيار 6:
المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية

تحافظ جميع مرافق الرعاية الصحية على الحد الأدنى لمعايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل حالة تفشي المرض.

الإجراءات الأساسية

1 وفر إمداد يعتمد عليه من المياه الملائمة كمًا وكيفًا لبيئة الرعاية الصحية.

- خزّن كمية مياه لا تقل عن 48 ساعة من المياه الآمنة (0.5مجم/ل من بقايا الكلور الحر) لضمان ثبات الإمداد.
- **حالات التفشي:** زد كمية المياه وعدل محاليل الكلور حسب نوع المرض وخطره وحسب الاحتياجات.

2 وفر مرافق كافية للتخلص من الفضلات للحد من انتقال الأمراض.

- وفر كراسي مراحيض متنقلة ومراحيض بدلو لمن يواجهون صعوبات في الحركة.
- نظف مرافق الإصحاح (المراحيض والحمامات ومناطق الغسيل) بالمياه ومواد التنظيف. تجنب استخدام المنظفات القوية في المراحيض.
- **حالات التفشي:** وفر مرافق للتخلص من الفضلات في كل منطقة في بيئة الرعاية الصحية.
- **حالات التفشي:** حقق مواءمة المواد والمستلزمات مع الأمراض المحددة، على شاكلة أسّرة الكوليرا ودلاء الفضلات أو القيء.
- **حالات التفشي:** حدد أي احتياطات إضافية لازمة لتنظيف مرافق الفضلات وتفكيكها وإزالة أوحالها وكذلك المعدات.

3 وفر مواد ومعدات كافية للتنظيف لعمال الرعاية الصحية والمرضى والزائرين للحفاظ على النظافة.

- وفر محطات لغسل اليدين في المواقع الرئيسية مع مياه آمنة وصابون أو فرك كحول. التجفيف بالهواء أو المناشف «ذات الاستخدام الواحد.»
- **حالات التفشي:** وفر محطات لغسل اليدين في كل منطقة.
- **حالات التفشي:** أعد ممارسات إضافية للنظافة، على شاكلة حمامات الكلور للأقدام أو رش الكلور (حسب المرض) وغسل اليدين قبل ارتداء معدات الحماية الشخصية أو إزالتها.
- **حالات التفشي:** وفر للمرضى مستلزمات النظافة الخاصة والتدريب قبل خروجهم.

4 حافظ على بيئة نظيفة وصحية.

- نظف الأرضيات وأسطح الأعمال الأفقية يوميًا بالماء والمنظفات.
- نظف الأسطح التي يحتمل تلوثها وطهّرها بمحلول كلور بتركيز 0.2 بالمئة.
- نظف الأجهزة الطبية القابلة لإعادة الاستخدام وطهرها أو عقمها قبل الاستخدام في كل مرة.
- طهر جميع الطبقات الداخلية بمحلول كلور بتركيز 0.1 بالمئة بعد النقع في حالة وجود تراب ظاهر عليها؛ عقم جميع الطبقات الداخلية لغرف العمليات.
- **حالات التفشي:** عزز من قوة المطهر لتنظيف الأرضيات والأسطح الملوثة. انظر في آليات خاصة لتعقيم الطبقات الداخلية.

5 تعامل مع النفايات وعالجها وتخلص منها بشكل صحيح.

- افصل نفايات الرعاية الصحية عند نقطة وجودهاباستخدام طريقة «الصناديق الثلاثة.»

- درّب جميع العاملين في الرعاية الصحية على فصل النفايات وإدارتها.
- يجب أن ترتدي الفرق المخصصة معدات الوقاية الشخصية عن جمع النفايات ومعالجتها والتخلص منها (قفازات وأحذية كحد أدنى).
- **حالات التفشي:** عزز من احتياطات التعامل مع النفايات، باستخدام معدات وقاية شخصية كاملة استنادًا إلى نوع المرض.

6 احرص على ارتداء جميع العاملين في الرعاية الصحية والمرضى والقائمين على الرعاية لمعدات الوقاية الشخصية المناسبة.

- وفر معدات الوقاية الشخصية حسب نوع التعرض وفئة احتياطات العزل.
- درّب العاملين في الرعاية الصحية والمرضى وغيرهم في المرفق على اختيار معدات الوقاية الشخصية واستخدامها وإزالتها.
- **حالات التفشي:** قدّر نوع التعرض المحتمل وقم بموائمة معدات الوقاية الشخصية حسب نوع انتقال العدوى.

7 التعامل مع جثث المتوفين ودفنهم بطريقة كريمة وآمنة وملائمة ثقافيًا حسب ممارسات الصحة العامة.

- خذ بعين الاعتبار العادات والتقاليد المحلية وكذلك الحاجة إلى تحديد أماكن الرفات وإعادتها للأسر.
- **حالات التفشي:** تحديد البدائل مع المجتمع إذا كانت الممارسات المعتادة غير آمنة.
- **حالات التفشي:** درب فرقًا وجهزهم بمعدات وقاية شخصية مناسبة لتنفيذ الدفن.

المؤشرات الأساسية

يقوم جميع العاملين في الرعاية الصحية بتنظيف أياديهم ، باستخدام الصابون أو المعقم الكحولي، قبل مخالطة كل مريض وبعدها.

يغسل جميع المرضى والقائمين بالرعاية أياديهم قبل تقديم الطعام أو أكله، وبعد قضاء الحاجة.

جميع محطات غسل الأيدي مزودة بالصابون أو المعقم الكحولي (أو محلول كلور بتركيز 0.05 بالمئة في حالات التفشي)

عدد أماكن غسل الأيدي

- الحد الأدنى: واحدة لكل عشرة مرضى

جودة مياه الشرب عند نقطة التوصيل

- الحد الأدنى: 0.5–1 ملغ /لتر من بقايا الكلور الحرة

كمية المياه الآمنة المتاحة

- الحد الأدنى: 5 لتر لكل مريض خارجي في اليوم
- الحد الأدنى: 60 لتر لكل مريض يوميًا في مركز علاج الكوليرا
- الحد الأدنى: 300-400 لتر لكل مريض يوميًا في مركز علاج الحمى النزفية الفيروسية

عدد المراحيض التي يمكن الوصول إليها

- الحد الأدنى: أربع مراحيض في مرافق العيادات الخارجية (منفصلة للرجال والنساء والأطفال والعاملين في الرعاية الصحية)
- الحد الأدنى: الحد الأدنى: 1 لكل 20 مريض داخلي (منفصلة للرجال والنساء والأطفال والعاملين في الرعاية الصحية)

ملاحظات إرشادية

يعد وضع **برنامج للوقاية من العدوى ومكافحتها** أمر ضروري في جميع البيئات الصحية، بما يشمل سيارات الإسعاف والبرامج الصحية المجتمعية، كما أنها تتطلب تطوير التوجيهات المتعلقة بالاحتياطات القياسية والاحتياطات المتعلقة بانتقال العدوى وأساليب التعقيم السريري. ادمج فريق مخصص للوقاية من العدوى ومكافحتها في كل بيئة صحية، وكذلك وفر تدريبًا للعاملين في الرعاية الصحية. ينبغي على نظم المراقبة أن ترصد أنواع العدوى المرتبطة بالرعاية الحية ومقاومة مضادات الميكروبات. وينبغي أيضًا أن تتمتع البيئات بطاقم موظفين وأعباء عمل مناسبة. ويجب ألا تحتوي الأسرّة إلا على مريض واحد فقط على كل منها. كما يجب تقديم الرعاية الصحية في بيئة آمنة وملائمة، يتم تشييدها مع بنية تحتية ومعدات كافية للحفاظ على ممارسات النظافة الصحية ⊕ انظر معيار النظم الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية والمعيار 2.1: القوى العاملة في المجال الصحي.

كمية المياه وجودتها: عند حساب كميات المياه المطلوبة، ارجع ⊕ للملحق 3: الحد الأدنى لكميات المياه – وقم بتعديلها حسب الحالة. يجب أن تهدف العيادات المتنقلة لتقديم نفس معايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة الخاصة بالعيادات الخارجية، بما يشمل إمكانية الوصول إلى مصدر مياه آمنة ومراحيض. تأكد من توفر إمداد (وتخزين) لمدة 48 ساعة لكل مرفق. واسمح بالإمداد والتخزين لمدة 72 ساعة في حالات تفشي الإيبولا والكوليرا. ⊕ انظر معيار الإمداد بالمياه 1.2: والمعيار 2.2 لأسس البرامج المجتمعية الخاصة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة.

كميات محاليل الكلور التالية مطلوبة لمختلف الاستخدامات في بيئات الرعاية الصحية.

محلول الكلور	نشاط مرفق الرعاية الصحية
%0.05	غسل اليدين الغسيل (بعد التنظيف)
%0.2 (الكوليرا) **%0.5 (الإيبولا)**	الأرضيات والأسطح الأفقية (بعد التنظيف) المواد والمآزر والأحذية وأواني الطهي والأطباق شطف حاويات قضاء الحاجة السريرية والدلاء تنظيف الأسطح الملوثة بسوائل الجسم تجهيز جثث الموتى (الإيبولا)
%2	تجهيز جثث الموتى (الكوليرا) بالإضافة إلى دلاء الفضلاء والقيء (الكوليرا)
%1	المحلول الأم لكلورة المياه

إدارة الفضلات: ⊕ انظر معايير إدارة الفضلات 1.3 إلى 3.3 للاطلاع على التوجيهات بشأن إدارة الفضلات بشكل عام، ⊕ ومعيار النهوض بالنظافة 3.1: إدارة النظافة الحيضية ونظافة من يعانون من السلس للمعلومات المتخصصة حول المواد.

وفر مراحيض مناسبة فنيًا وثقافيًا مع مراحيض منفصلة ومزودة بأقفال وجيدة الإضاءة مع مساحة كافية للقائمين بالرعاية لمساعدة المرضى. يجب تنظيف جميع مرافق الإصحاح (المراحيض والحمامات ومناطق الغسيل) بالمياه ومواد التنظيف. تجنب استخدام المطهرات القوية داخل المراحيض (خصوصًا في حالة خزانات الصرف حيث أنها تعطل عملية التحلل الطبيعية لبعض مسببات الأمراض.

خلال حالات التفشي، اتخذ احتياطات إضافية لتنظيف أو تفكيك أو إزالة أوحال مرافق الفضلات والمعدات (على سبيل المثال استخدام محلول الكلور للتنظيف والمعالجة باستخدام الكلور أو الجير الحي).

المياه الرمادية: تخلص من المياه الرمادية كحد أدنى باستخدام فخ الشحوم والحفر المتملل، وتأكد من تسييجها لمنع عبث الأشخاص بها.

تحتوي **نفايات الرعاية الصحية** على كائنات حية معدية مثل مرض نقص المناعة البشرية والفيروس الكبدي الوبائي بي، والتي قد تلوث التربة ومصادر المياه أيضًا. قم بتصريف المياه الرمادية كحد أدنى باستخدام مصيدة شحوم وحفرة ترسيب، وتأكد من أنها محاطة بسياج لمنع تلاعب الجمهور بها. واستخدم طريقة الصناديق الثلاث كحد أدنى لجمع النفايات وعزلها في أقرب وقت بعد تكوينها:

الفئة	مثال	لون الحاوية/الملصق
نفايات عامة غير خطرة	ورق	أسود
أدوات حادة مستعملة خطرة، معدية	إبر ومشارط ومجموعات حقن وزجاج مكسور وقنينات فارغة	أصفر، مع وضع علامة مكتوب عليها «مواد حادة»، مانع للتسرب ومقاوم للثقب
أدوات غير حادة خطرة، معدية	مواد ملوثة بسوائل الجسم، مثل القطن الطبي والضمادات وخياطة الجروح و المزروعات المختبرية	أصفر، عليه ملصق تسمية ومانع للتسرب

قد تكون هناك حاجة لمزيد من الفصل، بما يشمل النفايات الباثولوجية (الأنسجة البشرية) والصيدلانية والكيميائية (الكواشف المختبرية). اجمع النفايات المفروزة من المنطقة الطبية يوميًا على الأقل، وفورًا في حالة اشتداد العدوى. استخدم عربات النقل لنقل النفايات عن طريق مسارات ثابتة لمناطق مخصصة بحيث تكون محدودة (صعبة الوصول) للعوام. يجب تطهير حاويات النفايات وعربات النقل ومناطق التخزين بانتظام. وقد بتلقيح جميع المتعاملين مع نفايات الرعاية الصحية ضد الفيروس الكبدي الوبائي بي وضد الكزاز.

عالج النفايات وتخلص منها اعتمادًا على توفر المرافق:

الفئة	المعالجة والتخلص
عام	إعادة تدوير أو حرق أو دفن مطمر نفايات البلدية
أدوات حادة مستعملة	حفرة للأدوات الحادة التغليف والدفن في مطمر النفايات الحرق (ما عدا القنينات) ثم الدفن في حفرة الرماد (مع الحذر من الأدوات الحادة غير الكليلة)
المعدي (أدوات غير حادة)	حفرة الدفن (تغطية النفايات بالحجر الجيري) الحرق ثم الدفن في حفرة الرماد التعقيم بجهاز التعقيم ثم المعالجة الكيميائية
باثولوجي	يعتمد على الأعراف الاجتماعية الثقافية: حفر الدفن (حفر للمشيمة على سبيل المثال) أو مناطق دفن حرق الجثث
دوائي	اتبع التوجيهات الوطنية إن أمكن أو ارجع إلى المورد التغليف والتخلص منها في مطمر النفايات محارق خاصة (>1200 درجة مئوية)
النفايات الكيميائية	اتبع التوجيهات الوطنية إن أمكن أو ارجع إلى المورد يمكن حرق الكميات الصغيرة أو تغليفها قم بالمعالجة في محطة معالجة أو في الفرن الدوارة

يجب أن تتجاوز درجة حرارة المحارق 900 ويجب أن تحتوي على غرف مزدوجة. ينتج عن المحارق ذات الجودة السيئة انبعاثات سامة وملوثات للهواء ولا تنجح في التعقيم بشكل كامل. لذا يجب تشييد جميع المحارق والحفر حسب المعايير الوطنية والدولية الحالية وأن يتم تشغيلها وصيانتها وتفكيكها بطريقة آمنة.

معدات الوقاية الشخصية إلزامية للامتثال ببروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها وللحرص على عدم تعريض المرضى والأسر والموظفين لمزيد من الخطر.

قيّم نوع التعرض المتوقع (دفقات سوائل أو رذاذ أو لمس أو اتصال) وفئة انتقال المرض، واستخدم المعدات المناسبة للغرض والدائمة والملائمة (أن تكون مقاومة للسوائل أو واقية من السوائل على سبيل المثال).

تحمي معدات الوقاية الشخصية الأساسية مرتديها من التعرض للدماء أو سوائل الجسم أو الإفرازات. وتشمل القفازات عند لمس مواد معدية؛ والرداء/المئزر عند تعرض الملابس أو الجلد المكشوف للاتصال مع المادة المعدية؛ وحماية للوجه عن طريق الأقنعة ونظارات الحماية أو الواقيات للحماية من دفقات السوائل أو القطرات الصغيرة أو الرذاذ. قد ينبغي ارتداء معدات وقاية شخصية إضافية أيضًا حسب نوع انتقال العدوى: الاتصال (مثل الرداء والقفازات عند الوجود بالقرب من المريض)؛ القطرات الصغيرة (ارتداء أقنعة جراحية على نطاق 1 متر من المريض)؛ والحمل الهوائي (أجهزة تنفس بالجسيمات).

ضع معدات الوقاية الشخصية ذات الاستخدام الواحد في صناديق النفايات (مثل البراميل ذات سعة 220 لتر) عند مدخل منطقة خلع الملابس. اجمع الصناديق وانقلها إلى المنطقة المخصصة لإدارة النفايات، وضع معدات الوقاية الشخصية القابلة لإعادة الاستخدام، مثل القفازات عالية التحمل، في صناديق تحتوي على محلول كلور بتركيز 0.5 بالمئة. ونظفهم واغسلهم وأصلحهم وخزنهم بشكل مناسب.

يجب توفر محلول كلور بتركيز 0.5 لغسيل الأيدي بعد كل خطوة من خطوات خلع المعدات. وفر وحدة مستقلة لغسل الأيدي بمحلول كلور بتركيز 0.05 بالمئة كخطوة نهائية في عملية خلع المعدات.

التعامل مع جثث المتوفين: عزز عملية دفن آمنة وكريمة ومناسبة ثقافيًا للمتوفين، بما يشمل تحديد هوية جميع الأشخاص. ودع الأشخاص يتعرفون على أفراد أسرهم ويجرون الجنازات، ولا تتخلص من الجثث بدون مراسم في مقابر جماعية. قد يمثل الدفن الجماعي عائقًا للحصول على شهادات الوفاة اللازمة لتقديم المطالبات القانونية. انظر في المسائل القانونية المحتملة عند دفن ضحايا العنف (انظر معيار النظم الصحية 1.1)

قد تكون هناك حاجة لاحتياطات خاصة، على شاكلة تجهيز الجثث باستخدام محلول الكلور، خلال حالات التفشي استنادًا إلى العوامل المسببة للمرض وانتقاله. وقد تتسبب طقوس تطهير الجثث والعناية بها في زيادة احتمالية انتقال المرض، إلا أن عدم احترام الحساسيات الثقافية قد يؤدي إلى القيام بالطقوس بشكل سري وعدم الإبلاغ عنها.

يجب على فرق الدفن والعاملين في الرعاية الصحية ارتداء معدات وقاية شخصية طوال الوقت. ادعم عاملي الدفن في المجتمع بالخدمات النفسية والاجتماعية، وادعم مع قادة المجتمع على منع وصم من يقومون بهذا الدور.

إنهاء تشغيل: تشاور مع المجتمع والسلطات المحلية والجهات الإنسانية للتقرير حول إنهاء تشغيل موقع الرعاية الصحية مؤقتًا خلال الاستجابة.

ملحق 1
قائمة تحقق تقدير الاحتياجات الأساسية للإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة

وهي قائمة بالأسئلة تستخدم في المقام الأول لتقدير الاحتياجات وكشف الموارد ووصف الظروف المحلية. ولا تحتوي على أسئلة تحدد الموارد الخارجية المطلوبة لدعم لتلك الموارد المطلوبة على الفور والمتوفرة محليًا.

عامة

- كم عدد المتضررين وأين هم؟ صنف البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة وما إلى ذلك.
- ما هي الانتقالات المحتملة للأشخاص؟ ما هي عوامل الأمن المتعلقة بالمتضررين واستجابات الإغاثة المحتملة؟
- ما هي الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة سواء كانت حالية أو سائدة أو محتملة؟
- من هم الأشخاص الرئيسيين للتشاور معهم أو الاتصال بهم؟
- من هم المعرضون للخطر في السكان ولماذا؟
- هل تتوفر إمكانية وصول عادلة للمرافق القائمة بما يشمل الأماكن العامة والمراكز الصحية والمدارس؟
- ما هي المخاطر الأمنية الخاصة المتعلقة بالنساء والفتيات والفتيان والرجال؟ ما هي الفئات المعرضة للخطر؟
- ما هي العادات الخاصة بالمياه والإصحاح والنظافة التي اعتاد عليها السكان قبل الأزمة؟
- ما هي هياكل السلطة الرسمية وغير الرسمية (القادة المجتمعيين والشيوخ والجماعات النسائية على سبيل المثال)؟
- كيف تُتخذ القرارات في الأسر وفي المجتمع؟
- هل تتوفر إمكانية الوصول إلى الأسواق المحلية؟ ما هي الخدمات والبضائع الأساسية الخاصة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والتي يمكن الوصول إليها في الأسواق قبل الأزمة وخلالها؟
- هل يتمتع الأشخاص بإمكانية الوصول إلى الأموال النقدية أو بطاقات الائتمان أو كلاهما؟
- هل توجد تباينات موسمية يجب الانتباه لها والتي قد تقيد إمكانية الوصول أو ترفع الطلب على العمالة، على سبيل المثال خلال وقت الحصاد؟
- ما هي السلطات الرئيسية للتنسيق والتعاون معها؟
- من هم الشركاء المحليون في المنطقة الجغرافية، على شاكلة جماعات المجتمع المدني التي لها قدرات مشابهة في قطاع الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والمشاركة المجتمعية؟

النهوض بالنظافة

- ما هي العادات الخاصة بالمياه والإصحاح والنظافة التي اعتاد عليها الأشخاص قبل الأزمة؟
- ما هي الممارسات القائمة الضارة بالصحة، ومن يقوم بها ولماذا؟

- من لا يزال يمارس سلوك النظافة الإيجابي وما الذي يمكنهم ويحفزهم على القيام بذلك؟
- ما هي مميزات وعيوب أي تغييرات مقترحة في الممارسة؟
- ما هي قنوات الاتصال والتوعية الحالية الرسمية وغير الرسمية (مثل عمال الصحة المجتمعية والقابلات والمعالجين التقليديين والنوادي والتعاونيات والكنائس والمساجد)؟
- ما هي إمكانية الوصول إلى وسائل الإعلام في المنطقة (الراديو والتلفزيون والفيديو والصحف على سبيل المثال)؟
- ما هي المؤسسات الإعلامية المحلية أو المنظمات غير الحكومية أو كلاهما الموجودة هناك؟
- ما هي القطاعات السكانية التي يمكن ويجب استهدافها (الأمهات والأطفال والقادة المجتمعيين والقادة الدينيين على سبيل المثال)؟
- ما نوع نظام التوعية الذي يمكن أن يعمل في هذا السياق (متطوعي النظافة المجتمعيين أو العاملين أو المحفزين ونوادي الصحة المدرسية ولجان الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة) وذلك للتعبئة الفورية ومتوسطة الأجل؟
- ما هي الاحتياجات التعليمية لطاقم النهوض بالنظافة والعاملين في التوعية المجتمعية؟
- ما هي المواد غير الغذائية المتوفرة؟ وأي منها تشكل حاجة ملحة استنادًا إلى التفضيلات والاحتياجات؟
- أين يمكن للأشخاص الوصول إلى الأسواق لشراء مستلزمات النظافة الأساسية؟ هل تغيرت إمكانية الوصول منذ الأزمة (من حيث التكلفة والتنوع والجودة)؟
- كيف تتمكن الأسر من الوصول إلى مستلزمات النظافة الأساسية؟ من يتخذ القرار بشأن المستلزمات التي يتم شرائها وتحديد أولوياتها؟
- ما مدى فاعلية ممارسات النظافة في بيئات الرعاية الصحية (مع أهمية خاصة في حالات الوباء)؟
- ما هي احتياجات وتفضيلات النساء والفتيات المتعلقة بممارسات النظافة الحيضية؟
- ما هي احتياجات وتفضيلات المصابين بالسلس؟

الإمداد بالمياه

- ما هو المورد الحالي للإمداد بالمياه ومن هم المستخدمين الحاليين؟
- ما هي كمية المياه المتوفرة لكل شخص يوميًا؟
- ما هو معدل تكرار توفر المياه يوميًا وأسبوعيًا؟
- هل تتوفر مياه من المصدر كافية للاحتياجات قصيرة الأجل وطويلة الأجل لجميع الفئات؟
- هل نقاط تجميع المياه قريبة بشكل كاف لموقع معيشة الأشخاص؟ هل هي آمنة؟
- هل الإمداد الحالي بالمياه موثوق؟ إلى متى سوف يستمر؟
- هل يمتلك الأشخاص حاويات كافية للمياه ذات أحجام وأنواع مناسبة (للجمع والتخزين)؟
- هل مصدر المياه ملوث أو معرض لخطر التلوث (ميكروبيولوجيًا أو كيميائيًا أو إشعاعيًا)؟
- هل يوجد نظام عامل لمعالجة المياه؟ هل المعالجة ضرورية؟ هل المعالجة ممكنة؟ ما هي المعالجة اللازمة؟
- هل التطهير ضروري؟ هل لدى المجتمع مشكلات مع استساغة المياه وقبولها والمتعقلة بطعم الكلور ورائحته؟
- هل توجد مصادر مياه بديلة قريبة؟
- ما هي المعتقدات التقليدية والممارسات المرتبطة بجمع المياه وتخزينها واستخدامها؟
- هل توجد أية عوائق على استخدام مصادر إمدادات المياه المتاحة؟
- هل من الممكن نقل السكان إذا لم تكن مصادر المياه كافية؟

- ما هي البدائل عند عدم كفاية مصادر المياه؟
- هل توجد أي ممارسات أو معتقدات تقليدية ترتبط بالنظافة (على سبيل المثال، ارتبط تفشي الكوليرا في هايتي بثقافة الفودو)؟ هل يوجد أي من تلك الممارسات أو المعتقدات سواء كانت نافعة أو ضارة؟
- ما هي مسائل النظافة الأساسية المرتبطة بالإمداد بالمياه؟
- هل يشتري الناس المياه؟ إن كان كذلك، فمن أين وكم التكلفة ولأي غرض؟ هل تغيرت إمكانية الوصول المذكورة (التكلفة والجودة وانتظام التسليم)؟
- هل يمتلك الناس الوسائل لاستخدام المياه بطريقة نظيفة؟
- هل تتمتع نقاط الإمداد بالمياه ومناطق الغسيل والاغتسال بتصريف جيد؟
- هل حالة التربة مناسبة لإدارة المياه التي تسبب مشكلات من نقاط الإمداد بالمياه ومناطق الغسيل والاغتسال داخل الموقع وخارجه؟ هل أجريت اختبار ترشيح للتربة؟
- في حالة النزوح الريفي، ما هو المصدر المعتاد للمياه للماشية؟
- هل ستحدث أي آثار بيئية بسبب التدخل المحتمل لإمداد المياه واستخراجها واستخدام مصادر المياه؟
- ما هي مصادر المياه التي يستخدمها المستخدمون الآخرون في الوقت الحالي؟ هل يوجد خطر لنشوب نزاع في حالة استخدام الموارد ل من أجل السكان الجدد؟
- ما هي ا الفرص المتوفرة للتعاون مع القطاع العام أو الخاص أو كلاهما في توفير المياه؟ ما هي العقبات والفرص التي يمكنها توجيه تحليل الاستجابة وتوصياتها؟
- ما هي واجبات التشغيل والصيانة الضرورية؟ ما هي المقدرات المتوفرة لتلبيتها على المدى القصير والطويل؟ من الذي يجب أن يكون مسؤولًا عنها؟
- هل توجد نظم أو آليات تمويلية قائمة أو محتملة، يمكن من خلالها تغطية تكاليف التشغيل والصيانة؟
- كيف يحصل السكان المضيفون على المياه وكيفية ضمان سلامة هذه المياه عند نقطة الاستخدام؟

التخلص من الفضلات

- هل البيئة خالية من الفضلات؟
- إذا كان هناك قضاء للحاجة في العراء، فهل توجد منطقة مخصصة؟
- هل توجد أي مرافق قائمة؟ وإن كانت، هل هي مستخدمة؟ هل هي كافية؟ هل يتم تشغيلها بنجاح؟ هل يمكن توسيعها أو تكييفها؟
- هل المرافق آمنة وتحفظ الكرامة: مضاءة ومجهزة بأقفال وستائر عازلة؟ هل يمكن للناس الوصول إلى المراحيض خلال النهار والليل؟ إذا لم يمكنهم ذلك أثناء الليل، فما هي البدائل؟
- ما هي ممارسات التعامل مع الفضلات التي يمارسها السكان المضيفون؟
- هل تشكل ممارسة قضاء الحاجة الحالية تهديدًا لإمدادات المياه (السطحية أو الجوفية) أو مناطق المعيشة أو للبيئة ككل؟
- هل توجد أي أعراف ثقافية واجتماعية ينبغي أخذها في الحسبان عن تصميم المرحاض؟
- هل الناس على دراية بتصميم المراحيض وتشييدها واستخدامها؟
- ما هي المواد المحلية المتوفرة لتشييد المراحيض؟
- هل يوجد قبول ومماسة قائمة للقيام بتحويل الفضلات لأسمدة؟
- ما هو العمر الذي يبدأ به الأطفال في استخدام المرحاض؟

- ماذا يحدث لغائط الرضع والأطفال الصغار؟
- ما مقدار انحدار التضاريس؟
- ما مستوى ارتفاع منسوب المياه الجوفية؟
- هل حالة التربة مناسبة للتخلص من الفضلات في الموقع؟
- هل ترتيبات التخلص من الفضلات الحالية تشجع نواقل المرض؟
- هل تتوفر المواد أو المياه للتنظيف الشرجي؟ كيف يقوم الأشخاص في العادة بالتخلص من تلك المواد؟
- هل يغسل الأشخاص أيديهم بعد قضاء الحاجة وقبل تجهيز الطعام وأكله؟ هل يتوفر الصابون أو مواد التنظيف الأخرى مع الماء بالقرب من المرحاض أو داخل المنزل؟
- كيف تتعامل النساء والفتيات مع الحيض؟ هل تتوفر مواد مناسبة أو مرافق لهذا الغرض؟
- هل تتوفر أي مرافق متخصصة أو معدات لتيسير الوصول للإصحاح لذوي الإعاقة أو المصابين بمرض نقص المناعة البشرية المكتسبة أو المصابين بالسلس أو غير القادرين على الحركة في المرافق الطبية؟
- قيّم الاعتبارات البيئية؛ على سبيل المثال، استخراج المواد الخام مثل الرمال والحصي لأغراض البناء، وحماية البيئة من الغائط.
- هل يوجد عمال مهرة في المجتمع، مثل عمال البناء أو النجارين والعمال غير المهرة؟
- هل توجد معدات للحفر أو شاحنات لإزالة ا الحمأة؟ في الوقت الحالي، هل يتم التخلص من نفايات الغائط التي يتم جمعها على نحو مناسب وآمن؟
- ما هي الاستراتيجية المناسبة للتعامل مع الفضلات – بما يشمل الاحتواء والتفريغ والمعالجة والتخلص منها؟

الأمراض المحمولة بالنواقل

- ما هي مخاطر الأمراض المنقولة بالنواقل ومدى خطورتها؟
- ما هي الأنماط اليومية أو الموسمية التي تتبعها النواقل المحلية فيما يتعلق بالتكاثر والراحة والتغذية؟
- هل توجد ممارسات أو معتقدات تقليدية (على سبيل المثال، الاعتقاد أن المياه القذرة تسبب الملاريا) ترتبط بالنواقل والأمراض المنقولة بالنواقل؟ هل يوجد أي من تلك الممارسات أو المعتقدات سواء كانت نافعة أو ضارة؟
- في حالة ارتفاع مخاطر الأمراض المحمولة بالنواقل، هل يتمتع المعرضون للخطر بإمكانية الوصول إلى الحماية الفردية؟
- هل من الممكن إجراء تغييرات على البيئة المحلية (لاسيما عن طريق التصريف وتنظيف المساحات الفارغة والتخلص من الفضلات والتخلص من النفايات الصلبة) لمنع تكاثر النواقل؟
- هل من الضروري مكافحة النواقل بالوسائل الكيميائية؟ ما هي البرامج واللوائح والأنظمة الموجودة والمتعلقة باستخدام المواد الكيميائية لمكافحة النواقل؟
- ما هي المعلومات واحتياطات السلامة الواجب تقديمها للأسر؟

إدارة النفايات الصلبة

- هل تشكل النفايات الصلبة مشكلة؟
- كيف يتخلص الأفراد من نفاياتهم؟ ما نوع النفايات الصلبة التي يتم إنتاجها وكميتها؟
- هل يمكن التخلص من النفايات في الموقع أو يجب جمعها والتخلص منها خارج الموقع؟

- ما هي الممارسة المعتادة للتخلص من النفايات الصلبة عند المتضررين (على سبيل المثال، حفر التسميد أو إعادة الاستخدام أو كلاهما أو نظم التجميع أو الصناديق)؟
- هل توجد أنشطة ومرافق صحية ينتج عنها نفايات؟ كيف يتم التخلص منها؟ من المسؤول؟
- أين يتم التخلص من المواد الصحية التي يجب التخلص منها (على سبيل المثال، حفاضات الأطفال ومواد النظافة الحيضية ومواد السلس)؟ هل التخلص منها يتم بكفاءة وفاعلية؟
- ما هو الأثر الحالي للتخلص من النفايات الصلبة على البيئة؟
- ما هي مقدرات إدارة النفايات الصلبة التي يمتلكها القطاعين العام والخاص؟

ملحق 2

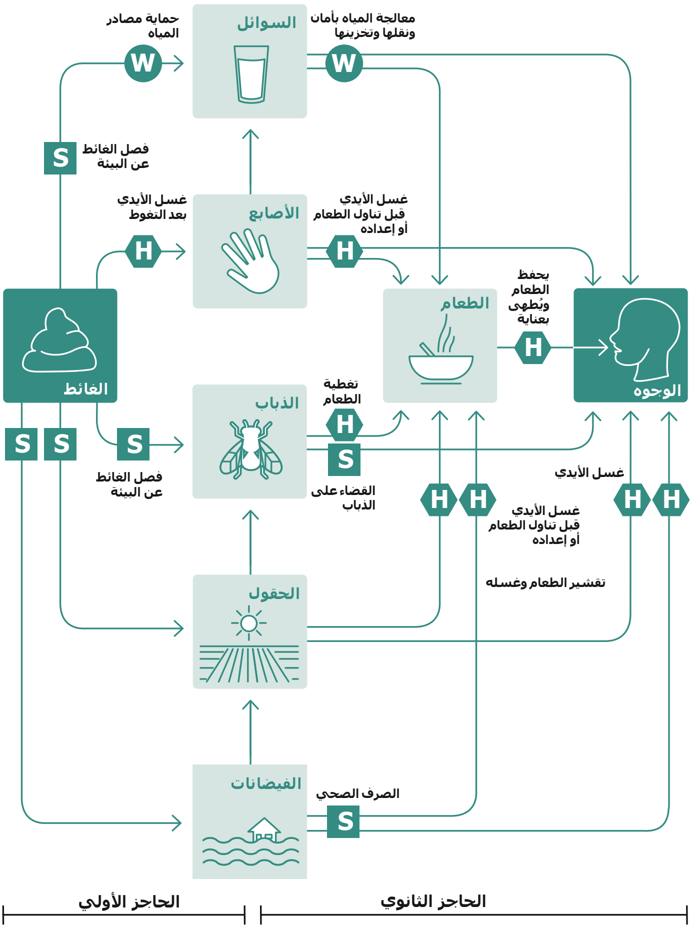
مخطط F – انتقال العدوى من الغائط عبر الفم للأمراض المسببة للإسهال

W المياه

S الإصحاح

H النظافة الصحية

يمكن أن توقف الحواجز انتقال المرض؛ ويمكن أن تكون هذه الحواجز أولية (تمنع الملامسة الأولية بالبراز) أو ثانوية (تمنع أن يتم تناولها من قبل شخص جديد). ويمكن التحكم فيها عن طريق الماء والإصحاح وتدخلات النظافة الصحية.



ملحوظة **المخطط عبارة عن ملخص للسّبل : قد تكون السّبل الأخرى ذات الصلة على قدر من الأهمية. قد تكون مياه الشرب ملوثة بواسطة حاوية مياه قذرة، على سبيل المثال، أو قد يتلوث الطعام بسبب أواني طهي متّسخة .**

وسائل الانتقال الخمس في مخطط F: الغائط، والسوائل، والأصابع، والذباب، والغذاء (الشكل رقم 5)

المصدر: قسم المياه والهندسة والتنمية

ملحق 3

الكميات الدنيا من المياه – أرقام البقاء على قيد الحياة وتقدير الاحتياجات المائية

احتياجات البقاء: تناول المياه (للشرب والغذاء)	2.5–3 لترات لكل شخص يوميًا (يعتمد على المناخ وعلى فسيولوجية الفرد)
ممارسات النظافة الأساسية	2-6 لترات لكل شخص يوميًا (يعتمد على الأعراف الاجتماعية والثقافية)
احتياجات الطهي الأساسية	3-6 لترات لكل شخص يوميًا (يعتمد على نوع الطعام والأعراف الاجتماعية والثقافية)
المراكز الصحية والمستشفيات	5 لترات لكل مريض في العيادات الخارجية 40-60 لتر لكل مريض مقيم في اليوم 100 لتر للتدخلات الجراحية والولادة قد تلزم كميات إضافية لمعدات الغسيل وشطف المراحيض بالدفق وما إلى ذلك
مراكز الكوليرا	60 لتر لكل مريض في اليوم 15 لتر لكل قائم بالرعاية في اليوم
مركز الحمى النزفية الفيروسية	300-400 لتر لكل مريض في اليوم
مراكز التغذية العلاجية	30 لتر لكل مريض مقيم في اليوم 15 لتر لكل قائم بالرعاية في اليوم
العيادات المتنقلة مع زيارات غير متكررة	1 لتر لكل مريض في اليوم
العيادات المتنقلة مع زيارات متكررة	5 لتر لكل مريض في اليوم
نقاط الإماهة الفموية	10 لتر لكل مريض في اليوم
مراكز الاستقبال / العبور	15 لتر لكل شخص يوميًا إذا قضى أكثر من يوم واحد 3 لتر لكل شخص يوميًا إذا كان البقاء محدودًا بوقت النهار
المدارس	3 لتر لكل تلميذ في اليوم للشرب وغسل اليدين (استخدام المراحيض غير مشمول: انظر المراحيض العامة أدناه)
المساجد	2-5 لترات لكل شخص يوميًا للاغتسال والشرب
المراحيض العامة	1-2 لتر لكل مستخدم يوميًا لغسل اليدين 2-8 لتر لكل مهجع يوميًا لتنظيف المرحاض
جميع المراحيض التي تعمل بالدفق	20-40 لتر لكل مستخدم في اليوم للمراحيض التي تعمل بالدفق والموصولة بالصرف الصحي 3-5 لتر لكل مستخدم يوميًا للمراحيض التي تعمل بالسكب و الدفع
غسل الشرج	1-2 لتر لكل شخص في اليوم
الماشية	20-30 لتر لكل حيوان كبير أو متوسط يوميًا 5 لتر لكل حيوان صغير في اليوم

ملحق 4
الحد الأدنى من أعداد المراحيض في المجتمع وفي المؤسسات والأماكن العامة

الموقع	قصير الأجل	متوسط وطويل الأجل
المجتمع	1 مرحاض لكل 50 شخص (جماعي)	1 مرحاض لكل 20 شخص (مشاركة أسرية 1 مرحاض لكل 5 أشخاص أو أسرة واحدة
مناطق الأسواق	1 مرحاض لكل 50 كشك	1 مرحاض لكل 20 كشك
المستشفيات / المراكز الطبية	1 مرحاض لكل 20 سرير أو 50 مريض خارجي	1 مرحاض لكل 10 سرير أو 20 مريض خارجي
مراكز التغذية	1 مرحاض لكل 50 بالغ 1مرحاض لكل 20 طفل	1 مرحاض لكل 20 بالغ 1مرحاض لكل 10 طفل
مراكز الاستقبال / العبور	1 مرحاض لكل 50 فرد 3:1 الإناث للذكور	
المدارس	1 مرحاض لكل 30 فتاة 1مرحاض لكل 60 فتى	1 مرحاض لكل 30 فتاة 1مرحاض لكل 60 فتى
المكاتب		1 مرحاض لكل 20 موظف

المصدر: مقتبس من هارفي وباغري ورييد (2002)

حيثما يسمح السياق، اجعل الهدف هو عمل مراحيض أسرية مشتركة والأفضل من ذلك هو عمل مراحيض منزلية منذ البداية وذلك لتحقيق القبول والإحساس بالملكية وتحقيق عمليات تدخل مناسبة ثقافية في الإصحاح.

*في المجتمع، الطريقة المرحلية للمراحيض لمستوى أسري يبلغ 50-20 هي ذاتها في مرافق الاغتسال.

ملحق 5
الأمراض المرتبطة بالماء والإصحاح

1. التصنيف البيئي لأنواع العدوى المرتبطة بالمياه

الفئة	العدوى	العامل المسبب للمرض
1) الغائط عبر الفم (المحمولة بالماء أو بسبب قلة استخدام الماء) أ) الإسهال والزحار	الزحار الأميبي	الأولي الحيواني
	داءُ القِرْبِيَّات	الأولي الحيواني
	التهاب الأمعاء بالعَطيفَة	الجُرْثومة بكتيرية
	الكوليرا	الجُرْثومة بكتيرية
	داء خفيات الأبواغ	الأولي الحيواني
	إسهال الإشريكية القولونية	الجُرْثومة بكتيرية
	داء الجيارديات	الأولي الحيواني
	إسهال الروتافيرس	فيروس
	داء السلمونيلات	الجُرْثومة بكتيرية
	داء الشيغيلات	الجُرْثومة بكتيرية
	داءُ اليرسينات	الجُرْثومة بكتيرية
ب) الحمى المعوية	التيفوئيد	الجُرْثومة بكتيرية
	البارا التيفوئيد	الجُرْثومة بكتيرية
	شلل الأطفال	فيروس
	التهاب الكبد الوبائي أ	فيروس
	داء البريميات	البكتيريا الملتوية
	داء الصفار	الديدان الطفيلية
	دَاءُ الْمُسَلَّكَاتِ	الديدان الطفيلية
2) قلة استخدام الماء أ) عدوى الجلد والعين	أمراض الجلد المعدية	متفرقات
	أمراض العين المعدية	متفرقات
ب) أخرى	التيفوس المنقول بالقمل	الكساح
	الحمى الراجعة المنقولة بالقمل	البكتيريا الملتوية
3) المعتمدة على المياه أ) المخترقة للجلد	البلهارسيا	الديدان الطفيلية
ب) المبلوعة	الدودة الغينية	الديدان الطفيلية
	داء متفرعات الخصية	الديدان الطفيلية
	داءُ العَوساء	الديدان الطفيلية
	داءُ جانِبِيَّةِ المَناسِل	الديدان الطفيلية
	أخرى	الديدان الطفيلية
4) النواقل الحشرية المرتبطة بالمياه أ) التي تعض بالقرب من المياه	مرض النوم	الأولي الحيواني

الفئة	العدوى	العامل المسبب للمرض
ب) تتكاثر في المياه	داء الخيطيات	الديدان الطفيلية
	الملاريا	الأولي الحيواني
	العَمَى النهري	الديدان الطفيلية
	الفيروسات المنقولة بالبعوض	فيروس
	الحمى الصفراء	فيروس
	حمى الضنك	فيروس
	أخرى	

المصدر: مجموعة العمل الدولية ضد الجوعالمياه والإصحاح والنظافة للسكان المعرضين للخطر، الملحق 5، صفحة 675

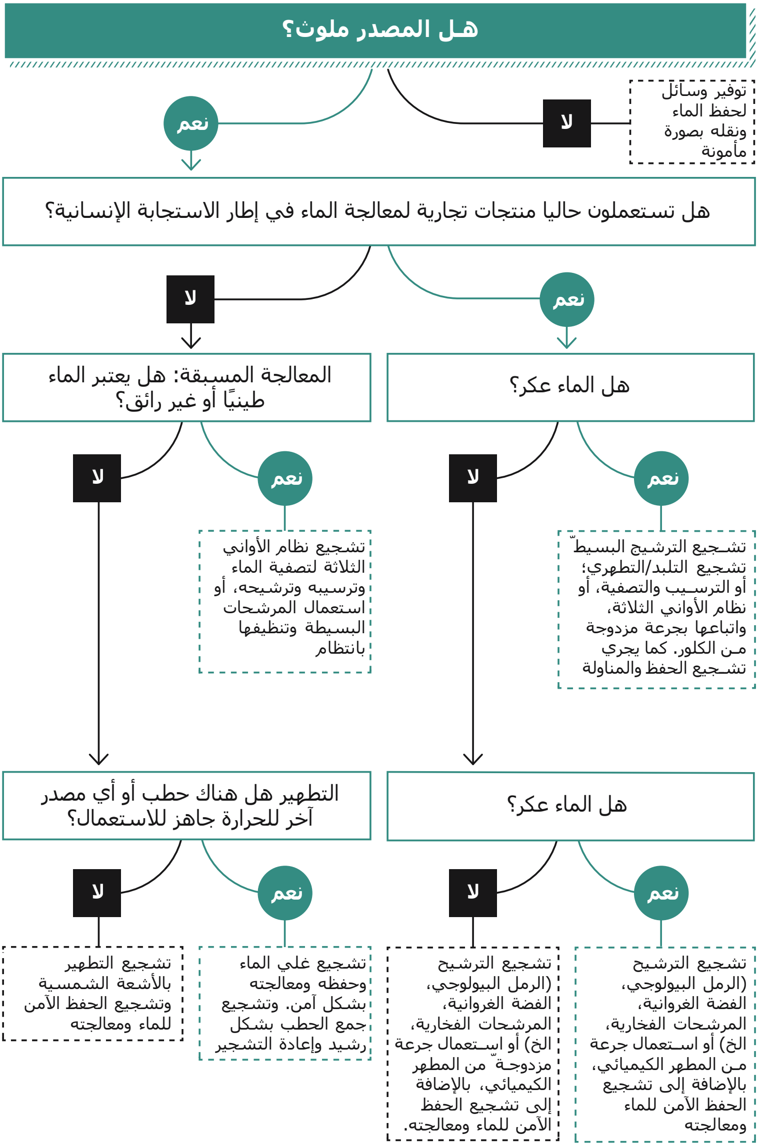
2. التصنيف البيئي لأنواع العدوى المرتبطة بالفضلات

الفئة	العدوى	العامل المسبب للمرض	آليات الانتقال المنتشرة	تدبير المكافحة الرئيسية (التدابير الهندسية بالخط المائل)
1) من الغائط عبر الفم (غير بكتيرية) غير كامنة، جرعة منخفضة من العدوى	شلل الأطفال	فيروس	المخالطة من شخص إلى شخص	الإمداد المنزلي بالمياه
	التهاب الكبد الوبائي أ	فيروس	التلوث المنزلي	تحسين السكن
	إسهال الروتافيروس	فيروس		توفير مراحيض
	الزحار الأميبي	الأولي الحيواني		التثقيف الصحي
	داء الجيارديات	الأولي الحيواني		
	داءُ القِرْيِبِّيَّات	الأولي الحيواني		
	داء السرميات	الديدان الطفيلية		
	داءُ المُحَرْشَفات	الديدان الطفيلية		
2) من الغائط عبر الفم (بكتيرية) غير كامنة، متوسطة أو جرعة عالية من العدوى مستمرة إلى حد متوسط وقادرة على التكاثر	الإسهال والزحار		المخالطة من شخص إلى شخص	الإمداد المنزلي بالمياه
	التهاب الأمعاء بالعَطيفَة	الجُرْثومة بكتيرية	التلوث المنزلي	تحسين السكن
	الكوليرا	الجُرْثومة بكتيرية	تلوث المياه	توفير مراحيض
	إسهال الإشريكية القولونية	الجُرْثومة بكتيرية	تلوث المحاصيل	معالجة الفضلات قبل إعادة استخدامها أو تفريغها
	داء السلمونيلات	الجُرْثومة بكتيرية		التثقيف الصحي
	داء الشيغيلات	الجُرْثومة بكتيرية		
	داءُ اليرسينات	الجُرْثومة بكتيرية		
	الحمى المعوية			
	التيفوئيد	الجُرْثومة بكتيرية		
	الباراتيفوئيد	الجُرْثومة بكتيرية		
3) الديدان المنقولة بالتربة كامنة ومستمرة مع عدم وجود عائل وسيط	داء الصفار (الدودة المستديرة)	الديدان الطفيلية	تلوث الساحات	توفير مراحيض مع أرضيات نظيفة
	داء المسلكات (السوطاء)	الديدان الطفيلية	تلوث الأرض في المناطق الجماعية لقضاء الحاجة	معالجة الفضلات قبل الاستخدام على الأراضي
	الدودة الشصية	الديدان الطفيلية	تلوث المحاصيل	
	داءُ الأُسْطُوانيات الشعرية	الديدان الطفيلية		

الفئة	العدوى	العامل المسبب للمرض	آليات الانتقال المنتشرة	تدبير المكافحة الرئيسية (التدابير الهندسية بالخط المائل)
4) الدودة الشريطية في لحوم البقر والخنزير كامنة ومستمرة وعائلها الوسيط البقر أو الخنزير	داء الشريطيات	الديدان الطفيلية	تلوث ا الساحات تلوث الحقول تلوث العلف	توفير مراحيض معالجة الفضلات قبل الاستخدام على الأراضي الطهي وفحص اللحوم
5) الديدان الطفيلية المعتمدة على المياه كامنة ومستمرة مع عائل وسيط (عوائل وسيطة) مائي	البلهارسيا داء متفرعات الخصية داءُ العَوساء داءُ جانِبِيَّةِ المَناسِل	الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية	تلوث المياه	توفير مراحيض معالجة الفضلات قبل تفريغها مراقبة الحيوانات التي تؤوي العدوى الطهي
6) النواقل الحشرية المرتبطة بالفضلات	عدوى داء الخيطيات (تنقله لسعة بعوض الكوليكس) أنواع العدوى في الفئات الأولى إلى الرابعة، لاسيما الفئة الأولى والثانية، والتي قد تنتقل عن طريق الذباب والصراصير	الديدان الطفيلية متفرقات	تكاثر الحشرات في عدة مناطق ملوثة بالغائط	كشف مناطق التكاثر المحتملة وإزالتها استخدام الناموسيات

ملحق 6

شجرة قرار معالجة المياه وتخزينها في الأسرة



شجرة اتخاذ قرار التخزين ومعالجة المياه المنزلية (الشكل رقم 6)

المصدر: مأخوذ من دليل معالجة المياه المنزلية والتخزين الآمن في حالات الطوارئ التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (2008)

المراجع ومزيد من المطالعات

عام/الحق في المياه

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64292/&lang=E

أثر الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة على الصحة

Bartram, J. Cairncross, S. "*Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises*. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013.
www.elrha.org/wp-content/uploads/2015/01/Evidence-Review-22.10.15.pdf

Campbell, O.M. Benova, L. et al. *"Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. *"Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(04)01253-8/abstract

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. *"Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. *"Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

وضع برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة بفاعلية

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005.
www.actionagainsthunger.org/publication/2005/12/water-sanitation-and-hygiene-populations-risk

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies (2nd ed).* ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010.
http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/public_health/public_health_en.pdf

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017.
http://wash.unhcr.org/unhcr-wash-manual-for-refugee-settings/

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org/what-we-do/our-approach/research-and-publications/view-publication?id=aff6d09800-f242-e5-b9a022-ec2b264a5e

Yates, T et al. *Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review* https://www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.3362/1756-3488.17-00016

الحماية والإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. https://www.cbm.org/article/downloads/54741/Humanitarian_inclusion_standards_for_older_people_and_people_with_disabi....pdf

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit – Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services.* WaterAid/SHARE, 2014. http://violence-WASH.lboro.ac.uk

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility.* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16357

النهوض بالنظافة/تغيير السلوك

Curtis, V. Cairncross, S. *"Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. Systematic Review 36.* International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org/media/filer_public/2017/06/20/sr36-behaviour-change-sanitation.pdf

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development*. ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. http://washcluster.net/?s=Hygiene+Promotion

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. *"Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects." Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Rabie, T. Curtis, V. *"Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org/download/hygiene-promotion-guidelines-unhcr-2017/

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. *"Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." Trop Med Int Health*, 2017.

النظافة الحيضية

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners*. WaterAid. https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/MHM%20training%20guide_0.pdf

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response*. Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017.
www.rescue.org/resource/menstrual-hygiene-management-mhm-emergencies-toolkit

السلس

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "*Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, et al. "*Taking stock: Incompetent at incontinence – why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016.
www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.33623488.2016.018-1756/

إدارة الفضلات

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "*Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "*The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies.* German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. *"Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013.
http://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1035&context=sphhs_enviro_facpubs

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual.* An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007.
http://wash.unhcr.org/download/excreta-disposal-in-emergencies-a-field-manual-wedc-2007/

Simple Pit Latrines. *WASH Fact sheet* 3.4. WHO.
www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

معالجة المياه

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. "*Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017.
https://www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.3362/1756-3488.2017.002

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Point-of-use water treatment in emergencies." Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. *"Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

جودة المياه

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. "*Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review."* PubMed, 2015.

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017.
www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/en/

مكافحة نواقل الأمراض

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=15336

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations.* Oxfam GB, 1995.
https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/disease-prevention-through-vector-control-guidelines-for-relief-organisations-121159

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016.
http://washcluster.net/resources/vector-control-aedes-aegypti-vector-control-prevention-measures-context-zika-yellow-fever-dengue-chikungunya-wcar-wash-2017-french

Dengue: *Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control*. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int/csr/resources/publications/dengue_9789241547871/en/

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int/malaria/publications/atoz/924159389X/en/

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int/neglected_diseases/vector_ecology/resources/9789241502801/en/

إدارة النفايات الصلبة

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org/dwm-guidelines

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/ WEDC, 2013. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/solidwaste.pdf

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة في حالات تفشي الأمراض

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. *"Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." Waterlines*, vol. 31, 2012.

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. *"Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." WHO Wkly Epid Rec*. October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. https://sherlog.msf.org/articles/1845/management-of-a-cholera-epidemic-aug-2017.html

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016.
https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/guide-to-community-engagement-in-wash-a-practitioners-guide-based-on-lessons-fr-620139

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. *"The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/ journal.pone.0135676, 2015.
http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135676

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org/cholera_toolkit/

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43767/1/9789241547239_eng.pdf

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int/csr/disease/ebola/evd-guidance-summary/en/

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js23221en/

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *"Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." Waterlines, vol.* 37, no. 1, pp. 5–30. https://www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.3362/1756-3488.17-00015

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxford: Oxfam GB, 2017.
https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/wash-interventions-in-disease-outbreak-response-620202

الوقاية من العدوى ومكافحتها

Medical Waste Management. ICRC, 2011.
https://www.icrc.org/en/publication/4032-medical-waste-management

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. http://icrcndresourcecentre.org/books/book-2/

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition. ICRC, IFRC, 2016.
https://www.icrc.org/en/publication/0880-management-dead-bodies-after-disasters-field-manual-first-responders#

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012.
https://sherlog.msf.org/storage/attachments/645-montfort_incinerator_construction_ops_EN.pdf

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012.
https://sherlog.msf.org/articles/724/waste-zone-operators-manual.html

Laundries for Newbies. MSF, 2016.
https://sherlog.msf.org/articles/741/msf-laundries-for-newbies.html

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015.
www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011.
http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ipc-checklist/en/

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010.
www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_October_2010.pdf?ua=1

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014.
www.who.int/water_sanitation_health/publications/safe-management-of-wastes-from-healthcare-activities/en/

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999. www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والتغذية

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017.
www.actionagainsthunger.org.uk/publication/wash%E2%80%99nutrition-2017-guidebook

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017.
https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/2017_BabyWASH_EN.pdf

Altmann, M. et al. *"Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster – randomized controlled trial in Chad." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. https://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.17-0699

Null, C. et al. (2018) *"Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18300056

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts.
https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com/sites/default/files/documentos/files/Estudio%20Oxfam-Tufts%20University.pdf

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والنقد والأسواق

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org/

المزيد من المطالعة

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

الأمن الغذائي والتغذية

الميثاق الإنساني

مبادئ الحماية

المعيار الإنساني الأساسي

الأمن الغذائي والتغذية

تقييمات

المعيار 1.1
تقييم الأمن الغذائي والتغذية

المعيار 2.1
تقييم التغذية

إدارة سوء التغذية

المعيار 1.2
سوء التغذية متوسطة الحدة

المعيار 2.2
سوء التغذية الحاد المزمن

حالات النقص في المغذيات الدقيقة

المعيار 3
حالات النقص في المغذيات الدقيقة

تغذية الرضع والأطفال الصغار

المعيار 1.4
توجيه السياسات والتنسيق

المعيار 2.4
الدعم متعدد القطاعات لإطعام الرُضع والأطفال في الطوارئ

الأمن الغذائي

المعيار 5
الأمن الغذائي العام

المساعدة الغذائية

المعيار 1.6
متطلبات التغذية العامة

المعيار 2.6
جودة الغذاء وملاءمته ومقبوليته

المعيار 3.6
الاستهداف والتوزيع والتوصيل

المعيار 4.6
استخدام الغذاء

سبل العيش

المعيار 1.7
الإنتاج الأولي

المعيار 2.7
الدخل والتوظيف

الملحق 1 قوائم تحقق خاصة بتقييم الأمن الغذائي وسبل العيش
الملحق 2 قوائم تحقق خاصة بتقييم أمن البذور
الملحق 3 قوائم تحقق تقدير التغذية
الملحق 4 قياس سوء التغذية الحاد
الملحق 5 التدابير الهامة للصحة العامة في حالات النقص في المغذيات الدقيقة
الملحق 6 متطلبات التغذية

المحتويات

المفاهيم الأساسية في الأمن الغذائي والتغذية

لكل فرد الحق في التحرر من الجوع والحصول على الغذاء الكافي

تعد معايير اسفير الدنيا للأمن الغذائي والتغذية تعبيرًا عمليًا عن حق الفرد في غذاء مناسب في السياقات الإنسانية. وترتكز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقي المساعدة الإنسانية حسب الحاجة.

لقائمة بالوثائق القانونية والسياسية الرئيسية التي تتضمن الميثاق الإنساني مع التعليقات التوضيحية للعاملين في المجال الإنساني ⊕ انظر الملحق رقم 1.

يحد نقص التغذية من قدرة البشر على التعافي بعد وقوع الأزمات. حيث أنها تُضعف الوظائف الإدراكية وتقلل المناعة ضد الأمراض وتزيد من قابلية الإصابة بالأمراض المزمنة وتحد من فرص سبل العيش وتحد من القدرة على الانخراط في المجتمع. كما أنها تقوض القدرة على التكيف وقد تزيد من الاعتماد على الدعم المقدّم باستمرار.

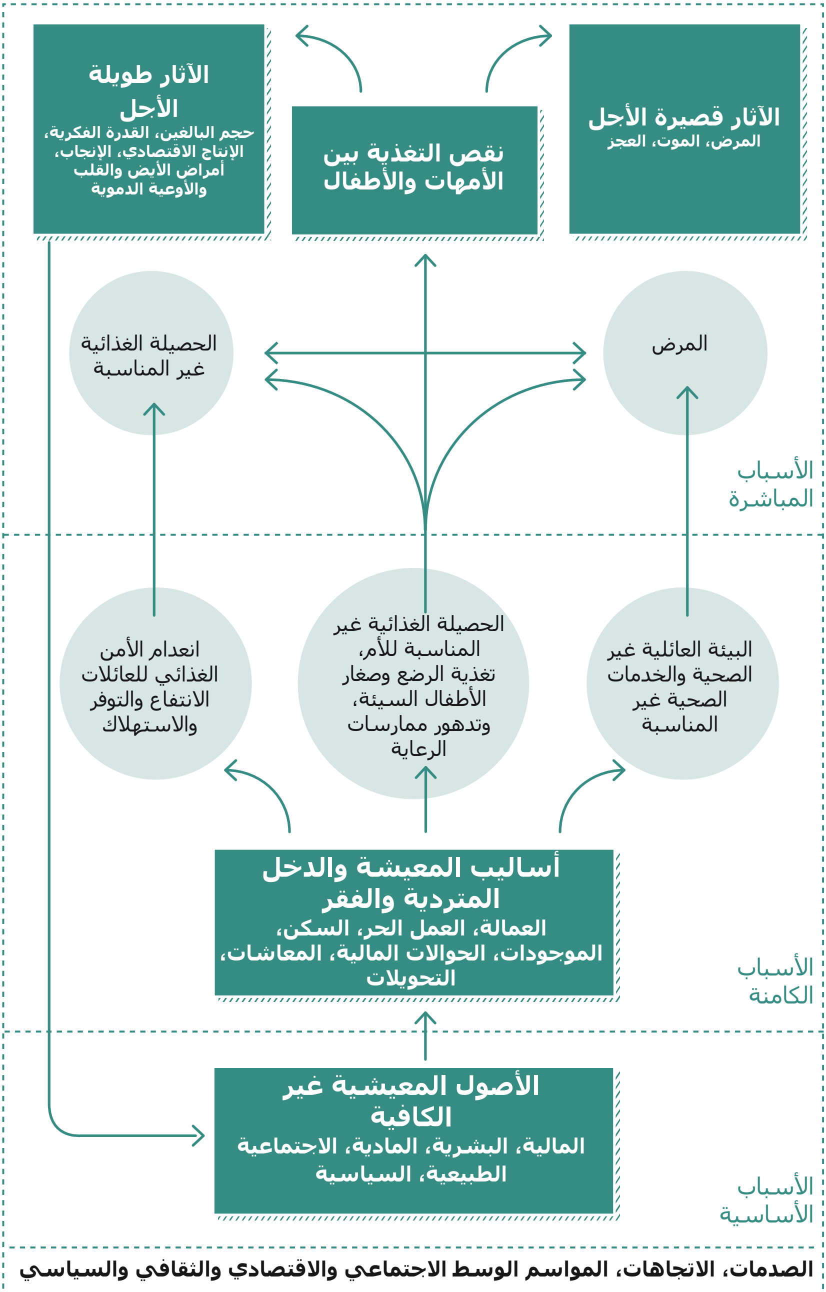
تعد أسباب نقص التغذية معقدة

تتمثل الأسباب المباشرة لنقص التغذية في عدم كفاية كمية الغذاء والمرض المتكرر (انظر الرسم البياني رقم 3). فيما تتمثل الأسباب الأساسية في انعدام الأمن الغذائي للأسر وسوء التغذية وممارسات الرعاية غير الصحية والبيئة الأسرية غير الصحية وعدم كفاية الرعاية الصحية.

وهذه الأسباب الأساسية متشابكة. ومن ثم، ففي الوقت الذي يعد فيه انعدام الأمن الغذائي أحد أسباب سوء التغذية، فمن غير المرجح أن يؤدي تقديم المساعدة الغذائية إلى حل دائم مالم تُعالج الأسباب الأخرى في نفس الوقت. يجب أن تعمل استجابات الغذاء والتغذية مع المياه والإصحاح والنظافة وكذلك المأوى والمستوطنات البشرية واستجابات الرعاية الصحية في نهج منسّق. على سبيل المثال، يحتاج البشر إلى كمية مناسبة وجيدة من المياه لإعداد الأطعمة المغذية ولتبني ممارسات تغذية آمنة. يحد الحصول على مرافق إصحاح ونظافة من خطر انتشار الأمراض، ويوفر الحصول على مأوى مناسب وجود مرافق للطهي ويحمي الأشخاص من الطقس القاسي، مما يعزز الحد من خطر الأمراض. كما يزيد احتمال تمتع البشر بحالة تغذية عالية عندما يتمتعون بالحصول على رعاية صحية جيدة. ويرفع هذا في المقابل من القدرة على السعي للحصول على فرص سبل العيش.

سوف يؤدي احتواء الأسباب الرئيسية إلى منع سوء التغذية والتقليل منها. ويعد الحفاظ على أصول سبل معيشة البشر أمرًا أساسيًا في هذا الصدد، لأنه يزيد من قدرتهم على التعامل من الأسباب الأخرى المحتملة لنقص التغذية. تشمل أصول سبل المعيشة المعدات والماكينات والمواد الخام والأرض والمعرفة وإمكانية الوصول إلى الأسواق العاملة. ويجب أن تساهم استجابات الأمن الغذائي والتغذية في حماية هذه الأصول وتنميتها، ومن ثم تدعم استراتيجيات سبل العيشة المختلفة، سواء في وجود معدلات مرتفعة لسوء التغذية أو عدمها.

سوف تؤثر التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية في بيئة ما بعد انتهاء الأزمة على استراتيجيات تكيف الأسر في حصولها على سبل العيش أو أصول اكتساب سبل العيش. وسوف يساهم استقرار هذه العوامل الخارجية في زيادة فرص الحصول على الدخل وفي النهاية تقلل من تعرض البشر إلى أسباب سوء التغذية.



الأمن الغذائي والتغذية: أسباب نقص التغذية (شكل 7)

العمل في المناطق الحضرية يمثل تحديات خاصة

يجلب التحضر المتزايد تحديات جديدة فيما يتعلق بقطاع الأمن الغذائي والتغذية. ويزيد احتمال توفير البيئات الحضرية لمزيد من التوظيف والفرص المدرة للدخل. إلا أنه بالرغم من ذلك ومع تزايد عدد السكان في الحضر، يزيد الطلب على الإسكان والخدمات في هذه المناطق أيضًا. ولا تتمكن في العديد من الحالات سياسات تخطيط استخدام الأراضي واستراتيجيتها من تلبية الطلب غير المتوقع، حيث تزيد عوامل الاكتظاظ وتلوث الهواء وسوء إدارة النفايات وانعدام مرافق الإصحاح في الأحياء الفقيرة من فرص الإصابة بأمراض حادة. وينتج عن ذلك الحد من قدرة الأشخاص على الاستفادة من فرص سبل العيش وفي الغالب تحفز الأسباب الأساسية لنقص التغذية.

بعض الفئات على وجه الخصوص معرضة لنقص التغذية

يتطلب وضع استجابة مناسبة للغذاء تحقيق فهم كامل لاحتياجات التغذية الفريدة للنساء الحوامل والمرضعات والرضع والأطفال وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة. وكذلك يتطلب تعزيز الأمن الغذائي على مستوى الأسرة إلى فهم مختلف الأدوار، حيث تلعب النساء، على سبيل المثال، دورًا أكبر في تخطيط الغذاء وإعداده لأسرهن.

من المهم تصنيف البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة كحد أدنى. ومن ثم يُبين هذا ماهية احتياجات كل فرد ويكشف كذلك عن الأفراد الذين يفتقدون عناصر تغذية هامة. ويجب إجراء تصنيف لمراقبة ما بعد التوزيع بنفس الطريقة، وذلك لضمان أن تدخلات البرنامج توفر إمكانية وصول متكافئة للغذاء والتغذية الكافيين والمناسبين.

لا تقل الوقاية من نقص التغذية أهمية عن علاج سوء التغذية الحاد. قد تساهم عمليات تدخلات الأمن الغذائي والتغذية الحالة الصحية والتغذية على المدى القصير، وتساهم في البقاء والرفاهية على المدى الطويل.

لا ينبغي تطبيق هذه المعايير الدنيا بمعزل عن المعايير الأخرى

تعكس المعايير الدنيا في هذا الفصل المحتوى الأساسي للحق في الغذاء والمساهمة في تحقيق هذا الحق تدريجيًا على مستوى العالم.

يرتبط الحق في الغذاء الملائم بحقوق الإمداد بالمياه والإصحاح والصحة والمأوى. يؤثر التقدم في تحقيق معايير اسفير الدنيا في مجال واحد على التقدم في مجالات أخرى. ومن ثم، تتطلب الاستجابة الفعالة تنسيقًا وتعاونًا وثيقين مع القطاعات الأخرى والسلطات المحلية ووكالات الاستجابة الأخرى. ويساعد هذا على ضمان تلبية الاحتياجات وعدم تكرار الجهود وتحسين جودة الأمن الغذائي واستجابات التغذية. وتشير الإحالات المرجعية عبر الدليل إلى الروابط المحتملة.

على سبيل المثال، إذا لم يجر تلبية احتياجات التغذية فسوف تكون الحاجة للاستجابة للمياه والإصحاح والنظافة أكبر حيث تزيد قابلية الأشخاص للأمراض. وينطبق نفس الأمر على السكان الذين يتفشى بينهم مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)، أو عند وجود نسبة كبيرة من كبار السن أو الأشخاص ذوي الإعاقة. وتحت هذه الظروف، ستكون الرعاية الصحية في حاجة للتعديل أيضًا. حدد الأولويات استنادًا على المعلومات التي تتم مشاركتها بين القطاعات وراجعها مع تطور الموقف.

عندما تكون المعايير الوطنية أقل من معايير اسفير الدنيا، ينبغي للمنظمات الإنسانية العمل مع الحكومة من أجل النهوض بها تدريجياً.

يحمي القانون الدولي الحق في الغذاء الملائم على وجه التحديد

يحمي القانون الدولي الحق في التحرر من الجوع والحصول على الغذاء المناسب، وهو ما يتطلب وصولًا ماديًا واقتصاديًا للغذاء المناسب طوال الوقت. تلتزم الدول بضمان هذا الحق عندما لا يتمكن الأفراد أو الجماعات، بما في ذلك اللاجئين والنازحين داخلياً، من الحصول على غذاء ملائم، وذلك أثناء الأزمات أيضًا ⊕ انظر الملحق رقم 1.

قد تطلب الدول المساعدة الدولية إذا لم تكن مواردها الخاصة كافية. ولفعل ذلك فيجب عليها:

- احترام إمكانية الوصول الموجودة للغذاء المناسب، والسماح باستمرار الوصول إليه؛
- حماية إمكانية وصول الأفراد إلى الغذاء المناسب بضمان عدم حرمانهم من جانب المنظمات والأفراد من إمكانية الوصول المذكورة؛
- والدعم الفعال للأشخاص لضمان تمكين سبل العيش والأمن الغذائي بتزويدهم بالموارد التي يحتاجونها.

تحظر اتفاقيات جينيف الامتناع عن إتاحة الغذاء المدنيين كوسيلة للحرب. كما يُحظر الهجوم على الماشية والمواد الغذائية وأعمال الري ومنشآت مياه الشرب وإمداداتها والمناطق الزراعية التي تنتج المواد الغذائية أو تدميرها أو إزالتها أو تحويلها لغير ذات فائدة.

في حالة الاحتلال، يُلزم القانون الدولي الإنساني قوة الاحتلال على ضمان توفر الغذاء المناسب للسكان، بما يشمل استيراد الإمدادات في حالة عدم كفايتها داخل المنطقة المحتلة.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

تنطوي المساعدات الغذائية ومساعدات التغذية على إمكانية وقوع انتهاكات خطيرة للحقوق عند سوء استخدامها، لاسيما عند استغلال المشاركين في البرنامج أو سوء معاملتهم. ويجب وضع البرامج بالتعاون مع السكان المتضررين وتنفيذها بطرق تساهم في تحقيق أمنهم وكرامتهم وسلامتهم. تعد الإدارة المناسبة والإشراف القوي على الموظفين والموارد أمرًا ضروريًا، جنبًا إلى جنب مع الالتزام الصارم بقواعد السلوك وفرضها على جميع المشتركين في تقديم برامج المساعدة. كما يجب تشكيل آليات استقبال تغذية راجعة واضحة من السكان المتضررين والاستجابة السريعة لأية بواعث للقلق. ويتوجب أيضًا تدريب عاملي الإغاثة على حماية الأطفال ومعرفة كيفية استخدام أنظمة الإحالة عند الاشتباه في حالات العنف أو الإيذاء أو الاستغلال التي قد يتعرض لها الأطفال ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 1. والتزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 5.

يجب خضوع التعاون والتنسيق المدني العسكري، مثل الدعم اللوجستي، إلى التقييم بحرص في جميع المواقف، لاسيما في حالات النزاع ⊕ انظر ما هو اسفير ومبادئ الحماية.

عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسع الواردة في المعيار الإنساني الأساسي باعتبارها أساسًا لتقديم برنامج مسؤول للأمن الغذائي والتغذية.

1. تقييمات الأمن الغذائي والتغذية

تعد تقييمات الأمن الغذائي والتغذية أمرًا ضروريًا طوال وقت الأزمة، حيث توضح كيفية تطور السياقات وتمكن من تحقيق الضبط المناسب للاستجابات. ينبغي تداخل تقديرات الأمن الغذائي والتغذية على وجه مثالي بحيث تكشف العوائق التي تحول دون التغذية المناسبة وتوفر الغذاء والحصول عليه واستخدامه. ويمكن أن تعزز التقييمات المشتركة للأمن الغذائي والتغذية من كفاءة التكلفة وتربط التغذية ببرمجة الأمن الغذائي.

يجب أن تلتزم التقييمات بالمبادئ المقبولة على نطاق واسع، وأن تستخدم الطرق المقبولة دوليًا، وأن تكون محايدة وتمثيلية وجيدة التنسيق بين المنظمات الإنسانية والحكومات. ويجب أن تكون التقييمات متكاملة ومتناسقة وقابلة للمقارنة. كما يجب أن تتفق الجهات المعنية على منهجية مناسبة. ويتوجب أن تشمل قطاعًا عرضيًا من السكان المتضررين، مع توجيه العناية إلى الفئات المعرضة للخطر. يمكن أن تساعد التقييمات متعددة القطاعات في تقدير الأزمات ذات النطاقات الواسعة والمناطق المتسعة جغرافيًا.

يمكن أن يكون هدف تقييمات الأمن الغذائي والتغذية كالتالي:

- فهم الموقف والاحتياجات الحالية وكيفية تلبيتها؛
- تقدير عدد الأشخاص المحتاجين للمساعدة؛
- كشف الفئات الأعلى تعرضًا للخطر؛
- أو توفير خط أساس لرصد أثر الاستجابة الإنسانية أو كل ما سبق.

يمكن إجراء التقييمات أثناء مراحل الأزمة المختلفة. على سبيل المثال:

- تقدير أولي خلال أول يومين إلى ثلاث أيام لبدء التوزيع الفوري للمساعدة الإنسانية؛
- تقييم سريع خلال أسبوعين إلى ثلاثة، اعتمادًا على فرضيات و تقييمات توفر أساسًا لتصميم البرنامج؛
- تقييم مفصل في غضون 3 إلى 12 شهرًا، إذا كان الموقف يظهر في حالة تدهور أو كانت هناك حاجة لمزيد من المعلومات لوضع برامج التعافي.

تكشف **تقييمات الأمن الغذائي** المفصلة استراتيجيات سبل العيش والأصول واستراتيجيات التكيف. حيث تنظر في كيفية تغير ما سبق كنتيجة للأزمة، وعواقبها على الأمن الغذائي للأسر. يجب أن يكشف التقييم المفصل أفضل الطرق لحماية استراتيجيات سبل العيش أو تعزيزها أو كلاهما بغرض تحقيق الأمن الغذائي.

تشتمل **تقديرات التغذية** المفصلة على جمع بيانات تمثيلية وتحليلها للوصول لمعدلات انتشار سوء التغذية الحاد وتغذية الرضع والأطفال وممارسات الرعاية الأخرى. تقدم هذه البيانات تحليلًا سببيًا للتغذية، جنبًا إلى جنب مع تحليل الأسباب الأساسية الأخرى لسوء التغذية وتقييم الصحة والأمن الغذائي، وهو ما يعد مفيدًا في تخطيط برامج التغذية وتنفيذها ومراقبتها.

تقوم الأسواق بدور حاسم في الأمن الغذائي في كل من البيئات الحضرية والريفية. يجب أن تشتمل جميع التقييمات تحليلًا للأسواق التي تُلبي إما المعايير الدنيا لتحليل السوق أو معيار تقييم المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي وتحليله أو كليهما ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

تنطلق المعايير التالية للأمن الغذائي والتغذية من التزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 1 بشأن تصميم استجابات مناسبة للأمن الغذائي والتغذية للمتضررين ⊕ انظر الملاحق 1 و2 و3 ودليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية وذلك فيما يخص قوائم التحقق بشأن التقديرات.

معيار تقييم الأمن الغذائي والتغذية 1.1:
تقييم الأمن الغذائي

حيثما تعرض الناس إلى خطر انعدام الأمن الغذائي، تُجرى التقديرات بغرض تحديد درجة انعدام الأمن الغذائي ومداه، لتكشف الأشخاص الأكثر تأثرًا وتشكل أكثر الاستجابات من حيث الملاءمة.

الإجراءات الأساسية

1 جمع المعلومات بشأن الأمن الغذائي وتحليلها في المرحلة الأولى وخلال الأزمة.

- تضمين تحليل المسائل الحساسة المرتبطة بالأمن الغذائي مثل التدهور البيئي والأمن والوصول للأسواق.

2 تحليل أثر الأمن الغذائي على حالة التغذية للسكان المتضررين.

- تضمين مراجعة للأسباب الأساسية لنقص التغذية، بما يشمل الرعاية غير الملائمة أو البيئات المنزلية غير الصحية أو انعدام الرعاية الصحية أو عدم الوصول إلى أنظمة حماية اجتماعية.
- جمع البيانات بصورة أكثر تكرارًا في السياقات الحضرية حيث يمكن أن يتغير الوضع بوتيرة أسرع وحيث تكون مراقبته أكثر صعوبة عن السياقات الريفية.

3 تحديد الاستجابات الممكنة التي يمكن أن تساعد في حفظ الأرواح وحماية سبل العيش وتعزيزها.

- تضمين تقييمات السوق والقدرات الحكومية والجهات الفاعلة الأخرى للاستجابة للحاجات.

4 تحليل مصادر الطهي المتوفرة وطرقه، بما يشمل نوع الموقد والوقود وتوفر القدور والأواني.

- تحليل كيفية حصول السكان المتضررين على الطعام وتخزينه وعلى وقود الطهي والدخل قبل وقوع الأزمة، وكيف يتكيفون معها في الوقت الراهن.
- تولية الاهتمام لحقوق النساء والفتيات وحاجاتهم للحماية، حيث في الغالب يكن مسؤولات عن الحصول على الوقود وإعداد الطعام.

المؤشرات الأساسية

تُستخدم بروتوكولات موحدة لتحليل الأمن الغذائي وسبل المعيشة واستراتيجيات التكيف.

نسبة التقارير التحليلية التي تؤلف بين النتائج، ويشمل ذلك منهجية التقييم والعوائق التي تمت مواجهتها

ملاحظات إرشادية

يمكن أن توفر **بيانات ما قبل الأزمة،** جنبًا إلى جنب مع بيانات النُظم الجغرافية، نظرة عامة حول الأثر المحتمل لإحدى الأزمات. وعلى الرغم من ذلك، فمن غير المرجح تصنيفها بشكل فعال لتعطي صورة واضحة فيما يتعلق بالموقف في المناطق الحضرية.

مصادر التقييم الأدوات ونظم المعلومات: تشمل مصادر المعلومات تقييمات المحاصيل وصور الأقمار الصناعية وتقديرات الأسر ومناقشات مجموعات التركيز ولقاءات مع المخبرين الرئيسيين. وتشمل الأدوات المفيدة درجات استهلاك الطعام ودرجات التنوع الغذائي للأسر والمؤشر المحدود لاستراتيجيات التكيف وذلك لإجراء قياس سريع للأمن الغذائي للأسر. كما توجد العديد من نظم المعلومات المحلية والإقليمية للأمن الغذائي، وتشمل نظم للإنذار المبكر بالمجاعات. استخدم التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي حيثما

توفر واستخدم البروتوكولات الموحدة لتحديد شدة انعدام الأمن الغذائي الحاد وأسبابه في مناطق الاهتمام. يجب أن يتأسس تصميم برامج الأمن الغذائي على تحليل واضح للاستجابة باستخدام تقديرات النتائج.

يمكن أن يتسبب **التدهور البيئي** في انعدام الأمن الغذائي، وقد يقود انعدام الأمن الغذائي إلى تدهور بيئي. على سبيل المثال، جمع الحطب وإنتاج الفحم التقليدي يمكن من طهي الطعام وتحقيق دخل من بيعه، إلا أنه قد يسبب إزالة للغابات. يجب أن تحمي الاستجابات الأمن الغذائي وتدعمه، وفي نفس الوقت تحد من الأثر السلبي على البيئة.

الفئات المعرضة للخطر: يجب تصنيف البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة ومجموعة الثروة والعوامل الأخرى ذات الصلة. قد يكون للنساء والرجال أدوار مختلفة ومكملة في تأمين الرفاهية التغذوية للأسرة. كما يجب التشاور مع كلا الجنسين، بصورة منفصلة إذا لزم الأمر، حول الممارسات المرتبطة بالأمن الغذائي وإعداد الطعام وموارد الأسرة. كن على علم بأن كبار السن وذوي الإعاقة قد يتم استثناؤهم من توزيع المساعدات الغذائية داخل الأسرة.

ادرج الفتيان والفتيان، لاسيما الأسر التي يقوم عليها أطفال والأطفال المنفصلين أو غير المصحوبين مع ذويهم والأطفال من ذوي الإعاقة والأطفال المقيمين في أماكن رعاية بديلة. ضع في الاعتبار الأطفال في سياقات الأزمة المختلفة. خلال تفشي الأمراض المعدية، على سبيل المثال، اشمل الأطفال في مراكز المراقبة والرعاية المؤقتة ومراكز العلاج. وفي حالات النزاع، اشمل الأطفال في مراكز التسريح.

استراتيجيات التكيف: ضع في اعتبارك مختلف أنواع استراتيجية التكيف وكفاءتها وأي تأثيرات سلبية لها. قد تتسبب بعض استراتيجيات التكيف، مثل بيع الأراضي أو هجرة الأسر بكاملها أو إزالة الغابات، في تقويض دائم للأمن الغذائي في المستقبل.

بعض استراتيجيات التكيف المستخدمة من جانب النساء والفتيات والفتيان أو المفروضة عليهم قد يكون لها أثر على صحتهم وسلامتهم النفسية واندماجهم الاجتماعي. تشمل استراتيجيات التكيف المذكورة المقايضة بالجنس «الجنس للبقاء» وتزويج البنات من أجل الحصول على المهر وتناول النساء والفتيات لمقادير طعام أقل، وبعد طعام الجميع، وعمالة الأطفال والهجرة المحفوفة بالمخاطر وبيع الأطفال والإتجار بهم.

القياسات غير المباشرة: يعكس استهلاك الغذاء استهلاك أفراد الأسر للطاقة والمغذيات، إلا أنه غير عملي عند قياس الاستهلاك الفعلي للطاقة والمغذيات خلال التقديرات الأولية، ومن ثم استخدم المؤشرات غير المباشرة. على سبيل المثال، يبرز عدد المجموعات الغذائية التي يستهلكها الفرد أو الأسرة وعدد مرات الاستهلاك في غضون فترة معينة التنوع الغذائي. تعد التغيرات في عدد الوجبات اليومية المستهلكة والتنوع الغذائي مؤشرات غير مباشرة جيدة للأمن الغذائي لاسيما عند ربطها مع الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة.

تشمل أدوات قياس أنماط استهلاك الغذاء درجة التنوع الغذائي للأسر ومقياس انعدام الأمن الغذائي للأسر ودرجة الاستهلاك الغذائي. ويعد مقياس جوع الأسر مؤشر غير مباشر جيد آخر فيما يتعلق بانعدام الأمن الغذائي. وقد لا تعكس بعض المؤشرات شائعة الاستخدام، مثل درجة استهلاك الطعام، انعدام الأمن الغذائي بشكل جيد في السياقات الحضرية. نوّع بين القياسات المحددة مع قياسات استراتيجية التكيف من أجل إدراك العوائق المختلفة فيما يتعلق بالحصول على الغذاء.

قد يكون من المعقد جدًا تطبيق حصة الإنفاق الغذائي وعتباته المحددة في حالة الأسر الحضرية. ويرجع ذلك لاحتمال اشتراك العديد من الأشخاص في المسؤولية عن السلة الغذائية واستهلاك أفرد الأسرة لغذاء من مصادر خارج المنزل واحتمالية مشاركة العديد من الأشخاص في الدخل الأسري.

تحليل السوق وتكلفة النظام الغذائي: تحصيل معلومات عن الوصول للأسواق ورأس المال وسبل المعيشة وقابلية التضرر الاقتصادية. ترتبط هذه العناصر بأسعار السلع وفرص اكتساب الدخل ومعدلات الأجور والتي

تؤثر على الأمن الغذائي. ويمكن أن تحمي نظم السوق، سواء الرسمية أو غير الرسمية، سبل العيش عن طريق توفير عناصر إنتاجية مثل البذور والأدوات ⊕ انظر معياري الأمن الغذائي والتغذية وسبل العيش 1.7 و2.7.

تضمين تحليل السوق باعتباره جزء من التقديرات السياقية المبدئية واللاحقة. يجب أن تقدر التحليلات السوقية ما إذا أمكن للأسواق المحلية دعم احتياجات التغذية ووضع حد أدنى للتكلفة والقدرة على تحمل تكلفة الغذاء مما يؤدي إلى تلبية احتياجات التغذية للأسر النموذجية ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

تعتمد الاستجابات على السوق بشكل متزايد في المناطق الريفية وبشكل منتظم في المناطق الحضرية. حيث تستخدم البائعين والمساحات السوقية والمنتجات الغذائية المحلية وخدمات النقل لتلبية احتياجات المتضررين. ومن ثم فمن المهم فهم إمكانية الوصول للأسواق فيما يتعلق بالفئات المعرضة للخطر ⊕ انظر دليل المعايير الدنيا لتحليل السوق.

معيار تقييم الأمن الغذائي والتغذية 2.1:
تقييم التغذية

تستخدم تقيمات التغذية طرقًا مقبولة لكشف نوع نقص التغذية ودرجته ونطاقه، وكذلك الأفراد أكثر تعرضًا للخطر والاستجابة الملائمة.

الإجراءات الأساسية

1. تجميع معلومات ما قبل الأزمة وإجراء تقديرات أولية لتحديد طبيعة الموقف التغذوي وشدته.
   - تقييم القدرات الوطنية والمحلية لقيادة الاستجابة أو دعمها، وكذلك الجهات الفاعلة في التغذية.
   - إجراء مسح لمحيط منتصف الذراع العلوي وتغذية الأطفال والرضع في الطوارئ وذلك لتقدير وضع التغذية في بداية الأزمة.
2. تحديد الفئات الأكثر حاجة لدعم التغذية.
   - جمع معلومات عن أسباب نقص التغذية من المصادر الأولية والثانوية، بما في ذلك تصورات المجتمع ووجهات نظره.
   - الاشتراك مع المجتمعات في تحديد الفئات المعرضة للخطر مع تولية الاهتمام للعمر أو الجنس أو الإعاقة أو الأمراض المزمنة أو العوامل الأخرى.
3. تحديد الاستجابة الملائمة استنادًا على فهم السياق والحالة الطارئة.
   - تحديد إذا ما كان الوضع مستقر أو متدهور، ومراجعة اتجاهات وضع التغذية مع الوقت، وذلك بدلًا من تحديد انتشار سوء التغذية في وقت محدد.
   - النظر في كل من خياري الوقاية والعلاج.

المؤشرات الأساسية

نسبة التقارير التقييم التي تشمل منهجية التقييم والعوائق التي تمت مواجهتها

ملاحظات إرشادية

المعلومات السياقية: يمكن جمع المعلومات المتعلقة بأسباب نقص التغذية من مصادر أولية وثانوية، ويشمل ذلك ملفات الصحة والتغذية والتقارير البحثية ومعلومات الإنذار المبكر وسجلات المنشآت الصحية وتقارير الأمن الغذائي والمصادر الأخرى. تتضمن الأمثلة:

- المسوح الاستقصائية للصحة السكانية؛
- المسوح الاستقصائية متعددة المؤشرات للمجموعات؛
- قواعد البيانات الوطنية لمعلومات التغذية؛
- المسوح الاستقصائية الوطنية الأخرى حول الصحة والتغذية؛
- النظم الوطنية لمراقبة التغذية؛
- معدلات الالتحاق والتغطية الخاصة بالبرامج الحالية للتعامل مع سوء التغذية؛
- وبيانات تفشي مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) وحوادثه ووفياته، بما يشمل الفئات المعرضة لخطر كبير أو التي تحمل أعباء عالية ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – الصحة الجنسية والإنجابيةالمعيار 3.3.2: مرض نقص المناعة البشرية.

يجب أن تساهم المؤسسات والمجتمعات المحلية أنفسها في التقدير وتفسير النتائج وتخطيط الاستجابات حيثما أمكن.

الاستجابة السريعة: يجب أن تعتمد قرارات التوزيعات العامة للغذاء أو العلاج الفوري لسوء التغذية، في المرحلة الأولى للأزمة، على تقدير سريع ونتائج أولية وعلى القدرة الحالية للاستجابة. ويجب إجراء تحليل عميق في مرحلة لاحقة، إلا أنه يجب ألا يؤخر الاستجابة في مرحلة حرجة.

نطاق التحليل: يجب إجراء تقديرات متعمقة حيثما وجدت ثغرات معلوماتية وفي حالة وجود حاجة لمعلومات إضافية لتصميم البرنامج أو لقياس مخرجات البرنامج أو للمناصرة. تحديد الحاجة للقيام بتقييمات كمية أو كيفية على مستوى السكان بغرض فهم حالة قياسات الجسم وحالة المغذيات الدقيقة وتغذية الأطفال والرضع وممارسات رعاية الأمهات وما يرتبط بها من محددات محتملة لنقص التغذية. ويجب التنسيق مع قطاعات الصحة والمياه والإصحاح والنظافة والأمن الغذائي لتصميم التقديرات وتجهيزها.

استقصاءات قياسات الجسم: وتُستخدم لفحص النسب البدنية للجسم وتقدم تقديرات لمعدلات سوء التغذية الحاد والمزمن. وقد تستند إلى سحب عينات عشوائية أو على فحص مخصص. يجب أن تُظهر المسوح الاستقصائية مقدار الوزن للطول بطريقة المجموع القياسي، حسب معايير منظمة الصحة العالمية. ويجب استخدام مقدار الوزن للطول المبين بطريقة المجموع القياسي بالمقارنة مع مرجع المركز الوطني للإحصاءات الصحية وذلك للمقارنة مع المسوح الاستقصائية السابقة. تضمين الهزال والهزال الشديد الذي يُقاس ببيانات محيط منتصف الذراع العلوي. كما يتوجب الأكثر قبولًا على نطاق واسع هي تقدير مستويات سوء التغذية في الأطفال بعمر 6-59 شهر باعتباره تقدير غير مباشر للسكان بالكامل. وبالرغم من ذلك، وحيثما واجهت فئات أخرى أخطار تغذية أكبر، ضع في الاعتبار إدراجهم في التقييم كذلك ⊕ انظر الملحق 4: قياس سوء التغذية الحاد.

حدد معدلات تورم التغذية وتسجيله منفصلًا. وقم بالإبلاغ عن حدود الثقة فيما يتعلق بمعدلات سوء التغذية وإثبات من توكيد جودة المسح الاستقصائي. استخدام الأدوات الحالية مثل دليل منهجية الرصد و التقييم الموحدين للإغاثة و الانتقال المرحلي والمسح الاستقصائي الموحد الموسع للتغذية للسكان اللاجئين وبرنامج تقدير تغذية الطوارئ أو برنامج إيبي إنفو (Epi Info).

تقييمات تغذية الرضع والأطفال الصغار: يجب تقدير الحاجات والأولويات لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ومراقبة أثر العمل الإنساني و تقييم عدم استجابته كذلك فيما يتعلق بممارسات تغذية الأطفال والرضع. يمكن استخدام بيانات ما قبل وقوع الأزمة لإرشاد اتخاذ القرار المبكر. ويجب العمل مع القطاعات الأخرى لتضمين استفسارات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ في التقييمات القطاعية الأخرى والاستفادة من البيانات متعددة القطاعات الأخرى لإرشاد التقييم ⊕ انظر الملحق 3: قائمة تحقق تقييم التغذية.

تضمّن عدد من مستشاري الرضاعة الطبيعية المتاحين وكذلك العاملين الصحيين المدربين وخدمات الدعم الأخرى ومقدراتها. لمزيد من التقييم المتعمق، قم بعمل عينات عشوائية أو عينات منظمة أو عينات عنقودية. وقد يتم هذا عبر مسح استقصائي منفصل لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ أو بالتكامل مع مسح استقصائي آخر. وعلى الرغم من ذلك، قد ينتج عن المسح المتكامل التقليل من حجم العينة مما يحد من تمثيل المسح الاستقصائي.

المؤشرات الأخرى: يمكن وضع معلومات إضافية بحرص في موضع الاعتبار لتوجيه التقييم الشامل لحالة التغذية. ويشمل ذلك معدلات تغطية برنامج التحصين والتغذية، ولاسيما الحصبة وفيتامين أ أو اليود أو الحالات الأخرى لنقص المغذيات الدقيقة والاعتلال بالأمراض وسلوك التماس الصحة. يمكن أيضًا الأخذ في الاعتبار معدلات وفيات الرضع والأطفال دون عمر 5 أعوام، مع سبب الوفاة، عند توفرها.

تفسير معدلات نقص التغذية: يجب إجراء بحث مفصل لحجم العينة المرجعية وكثافتها وكذلك معدلات الوفاة والاعتلال، وذلك للتقرير بشأن إذا ما كانت معدلات نقص التغذية تحتاج إلى تدخل أم لا. وتعد ضرورية كذلك المعلومات المتعلقة بالحالة الصحية والتقلبات الموسمية ومؤشرات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ومستويات نقص التغذية ما قبل الأزمة ونسب سوء التغذية الحاد المزمن بالمقارنة مع النسبة العالمية لسوء التغذية الحاد وكذلك مستويات حالات النقص في المغذيات الدقيقة ⊕ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 2.2.2: التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال والملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيق.

قد يكون الجمع بين نظم المعلومات التكميلية أكثر الطرق كفاءة من ناحية التكلفة لرصد الاتجاهات. وقد تكون نماذج اتخاذ القرار ومناهجه ملائمة حيث تضع في اعتبارها عدة عوامل، مثل الأمن الغذائي وسبل المعيشة والصحة والتغذية ⊕ انظر معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 1.1: تقييم الأمن الغذائي.

2. إدارة سوء التغذية

تعد الوقاية من سوء التغذية وعلاجه من الاعتبارات الهامة في الأزمات الإنسانية. يمكن الوقاية من سوء التغذية المزمن ومع ذلك توجد دلائل محدودة عن إمكانية عكس اتجاهها أو معالجتها. وعلى جانب آخر، يمكن الوقاية من سوء التغذية الحاد – والذي قد تحفزه الأزمة – وكذلك علاجها عن طريق تحقيق الاستجابات التغذوية الصحيحة.

تعد استجابات التغذية أمرًا أساسيًا في الحد من اعتلال السكان المتضررين ومعدل وفياتهم. وعلى الرغم من ذلك، فإنهما يتطلبان فهمًا للأسباب الأساسية المعقدة لسوء التغذية. ويعد النهج متعدد القطاعات أمرًا أساسيًا للتعامل مع جميع الأسباب وتفاعلاتها.

التعامل مع سوء التغذية معتدل الحدة: تُعد التغذية التكميلية في الغالب خلال الأزمات الاستراتيجية الأولى لوقاية من سوء التغذية معتدل الحدة وعلاجه.

ويعد نوعان من أنواع برامج التغذية التكميلية هما الأكثر شيوعًا: برامج التغطية الشاملة للتغذية التكميلية من أجل الوقاية وبرامج التغذية التكميلية الموجهة لعلاج سوء التغذية معتدل الحدة والوقاية من سوء التغذية الحاد. ويعتمد استخدام كل منهما على مستويات سوء التغذية الحاد وفئات السكان المعرضة للخطر وخطر زيادة سوء التغذية الحاد.

برامج التغطية الشاملة للتغذية التكميلية مستحسنة في حال كان مستوى انعدام الأمن الغذائي مرتفع وكانت هناك حاجة لتوسيع عمليات التدخل لتتجاوز الاقتصار على حالات سوء التغذية معتدل الحدة. ويجب أن تقترن به عمليات توزيع عامة للغذاء تستهدف الأسر المتضررة. لا توجد مؤشرات محددة لتأثير برامج التغطية الشاملة للتغذية التكميلية، ولكن من المهم رصد التغطية والالتزام والمقبولية والحصص المقدمة. تشير مؤشرات إدارة سوء التغذية معتدل الحدة في المقام الأول إلى التغذية التكميلية الموجهة.

الهدف الرئيسي لبرنامج التغذية التكميلية الموجهة هو الوقاية من تحول المصابين بسوء التغذية المعتدل إلى مصابين بسوء التغذية الحاد وتأهيلهم. في العادة تقدم هذه البرامج مكملات غذائية لمجموعات عامة من المصابين بسوء التغذية المعتدلة والحوامل والأمهات المرضعات والأفراد الآخرين المعرضين للخطر.

التعامل مع سوء التغذية الحاد: تُستخدم مجموعة من المناهج لتقديم الرعاية العلاجية. ويعد منهج إدارة سوء التغذية الحادة المرتكز على المجتمع هو المفضل حيثما سمحت الظروف. ويتضمن ذلك:

- رعاية داخل المستشفيات للمصابين بمضاعفات صحية الذين يظهر عليهم سوء التغذية الحاد؛
- رعاية داخل المستشفيات لجميع الرضع بعمر أقل من ستة أشهر والذين يظهر عليهم سوء التغذية الحاد؛
- رعاية بدون إقامة في المستشفى للمصابين بسوء التغذية الحاد، مع عدم وجود مضاعفات صحية؛
- التوعية المجتمعية؛
- وغيرها من الخدمات والبرامج المخصصة للسياق للمصابين بسوء التغذية معتدل الحدة.

يجب دعم البرامج التي تتعامل مع سوء التغذية الحاد ببرامج تغذية تكميلية وتعبئة مجتمعية لدعم التوعية والتقصي الفعال والإحالة والمتابعة.

معيار إدارة سوء التغذية 1.2:
سوء التغذية متوسط الحدة

الوقاية من سوء التغذية معتدل الحدة وعلاجه.

الإجراءات الأساسية

1 وضع استراتيجيات وأهداف ومعايير محددة بوضوح ومتفق عليها لتأسيس عمليات التدخل وإغلاقها من بداية البرنامج.

2 تعظيم إمكانية وصول عمليات التدخل الخاصة بسوء التغذية معتدل الحدة وتغطيتها من خلال الاشتراك والانخراط المجتمعيين من البداية.

- العمل مع الجهات المعنية في المجتمع للكشف عن الأفراد والأسر المعرضة للخطر.

3 وضع بروتوكولات الإلحاق والإخراج، استنادًا على معايير قياسات الجسم الوطنية والدولية.

- تحديد معايير الإخراج عند التبليغ عن مؤشرات الأداء.
- البحث في أسباب التخلف وعدم الاستجابة أو زيادة الوفيات واتخاذ الإجراءات بشأنها.

4 ربط إدارة سوء التغذية معتدل الحدة بإدارة سوء التغذية الحاد والخدمات الصحية القائمة.

5 تقديم حصص غذائية جافة أو حصص غذاء تكميلي جاهزة للاستخدام ليتم اصطحابها للمنزل مالم يكن ثمة مبرر واضح للتغذية في الموقع.

- توفير حصص غذائية أسبوعية أو نصف أسبوعية. الأخذ في الاعتبار استهلاك الأسرة وحجمها والأمن الغذائي للأسرة واحتمالية المشاركة عند تحديد حجم الحصة الغذائية ومكوناتها.
- تقديم معلومات واضحة حول كيفية تجهيز الغذاء التكميلي وتخزينه بشكل نظيف، ومتى وكيف يتم تناوله.

6 التأكيد على حماية الرضاعة الطبيعية والغذاء التكميلي والنظافة ودعمهم وتعزيزهم.

- تقديم معلومات واضحة حول أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال حتى سن ستة أشهر والرضاعة الطبيعية المستمرة للأطفال من 6 إلى 24 شهرًا، وذلك للصحة البدنية والنفسية للأم والطفل.
- إلحاق الأمهات المرضعات للرضع دون ستة أشهر ممن يعانون من سوء التغذية الحادة إلى برامج التغذية التكميلية، بغض النظر على حالة تغذية الأم.

المؤشرات الأساسية

نسبة السكان المستهدفين الذين يمكنهم الوصول إلى مواقع التغذية التكميلية بالحصص الجافة في غضون رحلة يوم مشي للعودة (بما في ذلك وقت العلاج)

- > 90 بالمئة

نسبة السكان المستهدفين الذين يمكنهم الوصول إلى البرامج المتوفرة في الموقع خلال ساعة واحدة

- > 90 بالمئة

نسبة حالات سوء التغذية معتدل الحدة مع إمكانية الوصول إلى خدمات العلاج (التغطية)

- <50 بالمئة في المناطق الريفية
- <70 بالمئة في المناطق الحضرية
- <90 بالمئة في المخيمات الرسمية

نسبة الخروج من برامج التغذية التكميلية المستهدفة من الذين توفوا أو تعافوا أو تخلفوا

- الوفاة: < 3 بالمئة
- التعافي: > 75 بالمئة
- الإهمال: < 15 بالمئة

ملاحظات إرشادية

تصميم البرنامج: تصميم برامج تنطلق من قدرات النظام الصحي القائم وتدعمه وتضع في اعتبارها إمكانية الوصول إلى المنشآت الصحية والتوزيع الجغرافي للسكان والأمن.

الحفاظ على روابط مع الرعاية العلاجية الداخلية وفي العيادات الخارجية والرعاية السابقة للولادة والوقاية من الملاريا وأمراض الطفولة والكشف عنها ورعاية مرضى نقص المناعة البشرية (الإيدز) والسل وبرامج الأمن الغذائي بما فيها برامج الأغذية أو التحويلات النقدية أو تحويلات القسائم.

الغرض من برامج التغذية التكميلية ليس استبدال النظام الغذائي ولكن تكملته. وهذا هو مفتاح تصميم البرامج باعتباره جزء من نهج متعدد القطاعات مع الخدمات التكميلية، مثل المياه والإصحاح والنظافة والصحة وتغذية الأطفال والرضع وتوزيع الطعام العام. ويجب تقييم توفر الأغذية التكميلية في الأسواق الوطنية أو الدولية وتحليل العوامل المحتملة في تخطيط البرنامج ⊕ تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

الوقاية أو العلاج: اعتماد نهج تغطية شاملة للوقاية من سوء التغذية أو نهج موجة لعلاجه. سوف يعتمد القرار على:

- مستويات سوء التغذية الحاد وعدد المتضررين؛
- خطر تزايد الاعتلال؛
- خطر انخفاض الأمن الغذائي؛
- نزوح السكان وكثافتهم؛
- القدرة على فحص المتضررين ورصدهم من خلال معايير قياسات الجسم؛
- الموارد المتوفرة وإمكانية توصيلها للمتضررين.

تتطلب التغذية التكميلية الموجهة في الغالب مزيدًا من الوقت والجهد لفحص المصابين بسوء التغذية الحاد ورصدهم، إلا أنها تتطلب موارد غذائية أقل تخصصًا كذلك. وعلى وجه العموم، يتطلب نهج التغطية الشاملة موظفين بخبرات أقل، إلا أنه يتطلب موار غذائية أكثر تخصصًا.

التعبئة المجتمعية الفعالة: سوف تعزز المشاركة والتعبئة المجتمعية فهم الناس للبرنامج وفاعليته المحتملة. يجب العمل مع السكان المستهدفين فيما يتعلق بالتقرير حول مواقع البرنامج. والنظر بعين الاعتبار للفئات المعرضة للخطر التي قد تواجه صعوبات في الوصول إلى المواقع. كما يجب مشاركة معلومات واضحة وشاملة حول الدعم المتوفر بلغات يمكن فهمها، واستخدام قنوات متعددة لمشاركة المعلومات، بما فيها الراديو والوسائل المكتوبة والمرئية.

تشير **التغطية** إلى عدد الأفراد المتلقين للعلاج، وذلك باعتبارها نسبة لعدد الأفراد المحتاجين للعلاج. ويمكن أن تتأثر التغطية بسبب:

- قبول البرنامج، بما يشمل مواقع البرنامج وإمكانية الوصول إليه؛
- الوضع الأمني؛
- عدد مرات عمليات التوزيع؛
- وقت الانتظار؛
- مدى التعبئة، الزيارات والفحص المنزلي؛
- توفر موظفي تغذية من الرجال والنساء؛
- انتظام معايير الالتحاق والتغطية؛
- وقدرة القائم بالرعاية على كشف علامات سوء التغذية.

طرق تقدير التغطية مكلفة وتحتاج إلى موظفين ذوي تدريب خاص. إذا لم تكن المسوح الاستقصائية للتغطية ذات جدوى، فارجع إلى الدليل الوطني عند التقرير بشأن الطرق البديلة. واستخدم بيانات البرنامج النظامية مثل الفحص والإحالات والالتحاق وذلك لتقدير التغطية.

قد لا توجد حاجة لإجراء تقديرات انتظامية للتغطية مالم تكن هناك علامات تغيير كبيرة في منطقة البرنامج، مثل انتقالات السكان أو بسبب منتج علاجي جديد أو بروتوكول.

يجب أن تكون **معايير الالتحاق** متسقة مع التوجيهات الوطنية والدولية. ويجب أن تشمل معايير الالتحاق للرضع دون سن ستة أشهر وللفئات التي يصعب تحديد حالة قياسات أجسامها كل الحالة السريرية وحالة الرضاعة الطبيعية ⊕ انظر الملحق 4: قياس سوء التغذية الحاد والمراجع والمزيد من المطالعة.

يجب عدم التمييز ضد المصابين (أو المشكوك في إصابتهم) بمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، ويجب أن يتساووا في حقوق الوصول للرعاية إذا انطبقت عليهم معايير الالتحاق. قد يستفيد بعض الأفراد الذين لا تنطبق عليهم معايير قياسات الجسم لسوء التغذية الحاد من التغذية التكميلية. وقد يشمل هذا، على سبيل المثال، المصابون بنقص المناعة البشرية أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، أو الذين خرجوا من الرعاية ولكنهم يحتاجون إلى دعم علاجي لتجنب الانتكاس، أو ذوي الإعاقة. عدّل أنظمة الرصد والإبلاغ إذا لم تنطبق معايير قياسات الجسم على الأفراد المذكورين.

المصابون بنقص المناعة البشرية الذين لا تنطبق عليهم معايير الالتحاق يحتاجون في الغالب إلى دعم تغذوي. ومن الأفضل تقديم الدعم المذكور خارج سياق علاج سوء التغذية الحاد في الأزمات. ويجب تزويد هؤلاء الأفراد وأسرهم بمجموعة من الخدمات، بما يشمل العناية المستندة على المجتمع والمنزل، ومراكز علاج السل وبرامج منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

معايير الإخراج والرصد: عدد الأفراد الخارجين بما يشمل المتعافين أو المتوفين أو المتخلفين أو من لم يتعافوا. إن الأفراد المحالين إلى الخدمات التكميلية، مثل الرعاية الصحية، لم ينتهي علاجهم وإما أن يستمر علاجهم أو يعودوا للعلاج لاحقًا. لا تدرج الأفراد المنقولين إلى مواقع أخرى أو لم ينتهِ.

إذا انضم الأفراد لأحد برامج التغذية بعد الخروج من الرعاية العلاجية، اشملهم في التقرير باعتبارهم فئة منفصلة لتجنب انحراف النتائج. وإذا أصيب فرد بأعراض سوء التغذية الحاد بسبب عوامل أخرى مثل الإعاقة أو الشق، أو مشكلات جراحية، اشملهم في تقرير البرنامج. وابحث في احتمال تأثير نوع جنس الأفراد على إمكانية الوصول للعلاج أو التقصير في العلاج أو التعافي.

احسب إحصائيات الإخراج كالتالي:

- النسبة المئوية للخارجين المتعافين = عدد الأفراد المتعافين/إجمالي عدد الخارجين × 100
- النسبة المئوية للخارجين بسبب الوفاة = عدد الوفيات/إجمالي عدد الخارجين × 100
- النسبة المئوية للخارجين بسبب التخلف= عدد المتخلفين/إجمالي عدد الخارجين × 100
- النسبة المئوية للخارجين غير متعافين= عدد الأفراد غير المتعافين/إجمالي عدد الخارجين × 100

بالإضافة إلى المؤشرات المذكورة أعلاه، يجب أن تتضمن أنظمة الرصد ما يلي:

- مشاركة السكان؛
- قبول البرنامج (يمكن استخدام معدل التخلف والتغطية باعتباره مقياس غير مباشر في هذه الصدد)؛
- كمية الغذاء وجودته؛
- التغطية؛
- أسباب التحويل إلى برامج أخرى (لاسيما الأطفال الذين تدهورت حالتهم التغذوية إلى سوء التغذية الحاد)؛
- عدد الأفراد الملتحقين والمتلقين للعلاج.

ضع في الاعتبار العوامل الخارجية مثل:

- أنماط الاعتلال؛
- مستويات نقص التغذية بين السكان؛
- مستوى انعدام الأمن الغذائي بين الأسر وبين السكان؛
- عمليات التدخل التكميلية المتوفرة للسكان (بما يشمل المساعدة الغذائية العامة أو ما في حكمها من برامج)؛
- قدرة الأنظمة الحالية على تقديم الخدمة.

الروابط مع قطاع الصحة والقطاعات الأخرى: يمكن استخدام كل من برامج التغذية التكميلية الموجهة وذات التغطية الشاملة باعتبارها منصة لتقديم الخدمات التكميلية. في العديد من الحالات، يمكن أن يدعم برنامج التغذية التكميلية بالتغطية الشاملة للوقاية الاستجابة للأزمة. ومثال على ذلك، يمكن توفير إمكانية الوصول إلى السكان المستهدفين من خلال تسجيل الإحصاء السكاني والفحص المجتمعي والإحالة لإدارة سوء التغذية الحاد وسوء التغذية معتدل الحدة. وكذلك يمكنها أن تمكن من عمليات التدخل لبقاء الأطفال مثل:

- الأدوية الطاردة للديدان؛
- مكملات فيتامين أ؛
- الحديد وحمض الفوليك جنبًا إلى جنب مع فحص الملاريا وعلاجها؛
- الزنك لعلاج الإسهال؛
- والتحصينات.

⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير الأمراض المعدية 1.1.2 إلى 4.1.2 والرعاية الصحية الأساسية – معايير صحة الطفل 1.2.2 و2.2.2.

قد يحتاج السكان المعرضون لمستويات عالية من قابلية التضرر، مثل مستوى التفشي المرتفع لمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) أو من يواجهون صعوبات في الحركة والتغذية، إلى إجراء عمليات تكيف في البرنامج لتلبية احتياجاتهم. وقد يشمل هذا تعديل كمية حصة الغذاء التكميلية وجودته ⊕ انظر معيار تغذية الأطفال والرضع 1.4.

معيار إدارة سوء التغذية 2.2:
سوء التغذية الحاد المزمن

علاج سوء التغذية الحاد.

الإجراءات الأساسية

1 وضع استراتيجيات وأهداف ومعايير محددة بوضوح ومتفق عليها لتأسيس عمليات التدخل وإغلاقها من بداية البرنامج.

- ويشمل العاملين المناسبين والقدرات والخبرات والمهارات ذات الصلة.

2 تضمين رعاية المرضى المقيمين ورعاية المرضى الخارجيين والإحالة وعناصر التعبئة المجتمعية في إدارة سوء التغذية الحاد.

3 توفير التغذية والرعاية الصحية حسب الإرشادات الوطنية والدولية المعترف بها لإدارة سوء التغذية الحاد.

4 وضع معايير للإخراج تشمل مؤشرات مقاييس الجسم البشري وغيرها من المؤشرات.

5 البحث في أسباب التخلف وعدم الاستجابة أو زيادة الوفيات واتخاذ الإجراءات بشأنها.

6 حماية الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية والنهوض بالنظافة والتفاعل الجيد بين الأم والطفل ودعمها وتعزيزها.

- تقديم معلومات واضحة حول أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال حتى سن ستة أشهر والرضاعة الطبيعية المستمرة للأطفال من 6 إلى 24 شهرًا، وذلك للصحة البدنية والنفسية للأم والطفل.

المؤشرات الأساسية

نسبة السكان المستهدفين بمعدل أقل من يوم واحد لرحلة العودة سيرًا (يشمل وقت العلاج) إلى موقع البرنامج

- >90 بالمئة من السكان المستهدفين

نسبة حالات سوء التغذية الحاد مع إمكانية الوصول إلى خدمات العلاج (التغطية)

- >50 بالمئة في المناطق الريفية
- >70 بالمئة في المناطق الحضرية
- >90 بالمئة في المخيم

نسبة الخروج من الرعاية العلاجية ممن توفوا أو تعافوا أو تخلفوا

- الوفاة: < 10 بالمئة
- التعافي: > 75 بالمئة
- التخلف: < 15 بالمئة

ملاحظات إرشادية

مكونات البرنامج: يمكن تقديم الرعاية للمرضى المقيمين مباشرة أو عن طريق الإحالة. يجب أن تقدم البرامج رعاية غير مركزية للمرضى غير المقيمين من الأطفال غير المصابين بمضاعفات طبية. ويجب أن تكون مواقع

برامج المرضى الخارجيين قريبة من السكان المستهدفين، وذلك للحد من المخاطر والتكاليف المرتبطة بانتقال الأطفال الصغار وخطر المزيد من النزوح. ⊕ انظر معيار صحة الطفل 2.2.2: التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال.

ربط البرامج مع غيرها من الخدمات ذات الصلة، على شاكلة:

- التغذية التكميلية؛
- شبكات مرض نقص المناعة البشرية والسل؛
- إعادة التأهيل؛
- الخدمة الصحية الأولية؛
- وبرامج الأمن الغذائي سواء بالمساعدة الغذائية أو القائمة على النقد.

تتشابه طرق تقدير **التغطية** في برامج سوء التغذية الحاد وسوء التغذية معتدل الحدة ⊕ انظر معيار إدارة سوء التغذية 2.1: سوء التغذية معتدل الحدة.

يجب أن تكون **معايير الالتحاق** متسقة مع التوجيهات الوطنية والدولية. ويجب أن تشمل معايير الالتحاق للرضع دون سن ستة أشهر وللفئات التي يصعب تحديد حالة قياسات أجسامها كل الحالة السريرية وحالة الرضاعة الطبيعية ⊕ انظر الملحق 4: قياس سوء التغذية الحاد والمراجع والمزيد من المطالعة.

يجب عدم التمييز ضد المصابين (أو المشكوك في إصابتهم) بمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، ويجب أن يتساووا في حقوق الوصول للرعاية إذا انطبقت عليهم معايير الالتحاق. قد يستفيد بعض الأفراد الذين لا تنطبق عليهم معايير قياسات الجسم لسوء التغذية الحاد من التغذية التكميلية. ومثال على ذلك المصابون بنقص المناعة البشرية أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، أو الذين خرجوا من الرعاية ولكنهم يحتاجون إلى دعم علاجي لتجنب الانتكاس، أو ذوي الإعاقة. عدّل أنظمة الرصد والإبلاغ إذا لم تنطبق معايير قياسات الجسم على الأفراد المذكورين.

المصابون بنقص المناعة البشرية الذين لا تنطبق عليهم معايير الالتحاق يحتاجون في الغالب إلى دعم تغذوي. ومن الأفضل تقديم الدعم المذكور خارج سياق علاج سوء التغذية الحاد في الأزمات. ويجب تزويد هؤلاء الأفراد وأسرهم بمجموعة من الخدمات، بما يشمل العناية المستندة على المجتمع والمنزل، ومراكز علاج السل وبرامج منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

معايير الإخراج والتعافي: يجب أن يكون الأفراد الخارجين دون مضاعفات طبية. وعلاوة على ذلك، يجب أن يستعيدوا شهيتهم وأن يصلوا إلى اكتساب وزن مناسب ويحافظوا عليه دون التورم المرتبط بالتغذية (ومثال على ذلك ظهور ذلك خلال وزنين متعاقبين). ويجب أيضًا حساب متوسط اكتساب الوزن بشكل منفصل بين المصابين بالتورم التغذوي وغير المصابين به. تعد الرضاعة الطبيعية ذات أهمية خاصة للرضع دون عمر ستة أشهر، وكذلك للأطفال من عمر 6 إلى 24 شهرًا. سوف يحتاج الرضع الذين لا يرضعون طبيعيًا إلى متابعة عن كثب. ويتوجب الالتزام بمعايير الإخراج لتجنب المخاطر المرتبطة بالإخراج المبكر.

تنص إرشادات الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد على متوسط فترة المكوث للعلاج، وتهدف إلى تقليل فترات التعافي. يجب الالتزام بالإرشادات الوطنية القائمة عند حساب متوسط فترة المكوث، حيث أن هذا يعتمد على السياق. قد يتسبب مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) والسل وغيرها من الحالات المزمنة في عدم استجابة الأفراد المصابين بسوء التغذية للعلاج. ويجب العمل مع الخدمة الصحية وغيرها من خدمات الدعم الاجتماعية والمجتمعية لتحديد خيارات العلاج ذات الفترات الأطول لهؤلاء الأفراد ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الصحة الإنجابية والجنسية 3.3.2: مرض نقص المناعة البشرية.

مؤشرات الأداء لإدارة سوء التغذية الحاد: تتكون مجموعة الأفراد الخارجين من سوء التغذية الحاد من المتعافين والمتوفين والمقصرين أو غير المتعافين ⊕ انظر الملاحظات الإرشادية لإدارة معيار سوء التغذية 2.1: سوء التغذية معتدل الحدة.

يجب أن تجمع مؤشرات أداء إدارة سوء التغذية الحاد بين مخرجات رعاية المرضى المقيمين والخارجين دون العد المزدوج للمحولين من أحداهما للأخرى. وفي حالة تعذر ذلك، عدّل تفسير معدلات النتائج. على سبيل المثال، من المتوقع أن تحقق البرامج أداء أفضل إذا كانت تقدم رعاية للمرضى الخارجيين فقط. عند تقديم رعاية للمرضى المقيمين فقط، ينبغي أن تهدف البرامج إلى النتائج المحددة للرعاية المشتركة.

لم يُنهِ الأفراد المحالين إلى الخدمات الأخرى، مثل الخدمات الصحية، علاجهم. عند تقييم أداء علاج المرضى الخارجيين، أبلغ عن الانتقالات إلى رعاية المرضى المقيمين وذلك لتحقيق التمثيل الدقيق لأداء البرنامج.

لا تحلل مؤشرات الأداء عوامل التعقيد السريري لمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز). سوف يؤثر التعقيد السريري لمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) على معدلات الوفيات. ويجب في هذه الحالة وضع هذا في الاعتبار عند تفسير أداء البرنامج.

بالإضافة إلى مؤشرات الإخراج، راجع البيانات المصنفة للالتحاقات الجديدة (الجنس والعمر والإعاقة) وعدد الأطفال الجاري علاجهم ومعدلات التغطية عند رصد الأداء. وابحث في نسب إعادة الالتحاق وتدهور الحالة السريرية والتخلف أو عدم الاستجابة وأسبابها ووثّقها بصورة مستمرة، وكيّف تعريف هذه الإرشادات أثناء الاستخدام.

المدخلات الصحية: يجب أن تشمل جميع برامج سوء التغذية الحاد علاجات انتظامية حسب التوجيه الوطني والدولي. ويعد أمرًا ضروريًا تمتعها بآليات فعالة للإحالة للتعامل مع الأمراض الرئيسية مثل السل ومرض نقص المناعة البشرية (الإيدز). في المناطق التي ينتشر فيها مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) بمعدل مرتفع، يجب على برامج سوء التغذية أن تضع في اعتبارها القيام بعمليات تدخل تتجنب انتقال مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)، وتدعم بقاء الأم والطفل. وفي البيئات التي تشيع فيها عدوى مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) (معدل انتشار مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) أعلى من 1 بالمئة)، افحص الأطفال المصابين بسوء التغذية للتحقق من حالة إصابتهم بمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) ولتحديد حاجتهم إلى علاج بالأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية.

دعم الرضاعة الطبيعية: تحتاج أمهات المرضى الداخليين من الرضع إلى دعم ماهر للرضاعة الطبيعية وذلك باعتباره جزء من إعادة التأهيل التغذوية والتعافي. ويعد هذا ذو أهمية خاصة للأطفال دون عمر ستة أشهر وللأمهات المعاقات.

يجب توفير الوقت الكافي والموارد الكافية لاستهداف الدعم المؤهل وتمكين دعم الأقران، مثل توفير منطقة مخصصة للرضاعة الطبيعية. ويجب أن تتلقى الأمهات المرضعات لأطفال دون سن ستة أشهر يعانون من سوء التغذية الحاد حصص تغذية تكميلية بغض النظر عن حالتهم التغذوية. إذا انطبقت معايير قياسات الجسم الخاصة بسوء التغذية الحاد على هؤلاء الأمهات، ألحقهم بالعلاج.

الدعم النفسي الاجتماعي: يعد التحفيز البدني والعاطفي من خلال اللعب أمرًا هامًا للأطفال المصابين بسوء تغذية حاد خلال فترة إعادة التأهيل، حيث أن هذا يعزز التعلق والمزاج الجيد للأم. ويحتاج القائم برعاية هؤلاء الأطفال في الغالب إلى دعم نفسي واجتماعي لإحضار أطفالهم للعلاج. قد تحتاج بعض الأمهات كذلك إلى دعمهن للحصول على خدمات رعاية الصحة العقلية بسبب الاكتئاب في فترة ما حول الولادة. يمكن تحقيق ذلك عبر برامج التعبئة. ويجب على البرامج التأكيد على أهمية التحفيز والتفاعلات في العلاج والوقاية من الإعاقة المستقبلية والضعف الإدراكي في الأطفال. كما يجب تمكين جميع القائمين برعاية الأطفال المصابين

بسوء التغذية الحاد من إطعامهم ورعايتهم خلال العلاج؛ وتزويدهم بالنصائح والشروحات والمعلومات الصحية والتغذوية. يتعين أيضًا تولية العناية لأثر العلاج على القائمين بالعناية والأشقاء وذلك لضمان القيام بترتيبات مناسبة للعناية بالطفل ولتجنب الانفصال الأسري وللحد من الإجهاد النفسي ولتعظيم الالتزام بالعلاج المحتمل.

الارتباط مع الجهات الفاعلة الأخرى: يجب التنسيق مع شركاء حماية الطفل وشركاء العنف القائم على النوع الاجتماعي لتشكيل مسارات الإحالة ووضع بروتوكولات لمشاركة المعلومات. ويجب تدريب العاملين في التغذية عن كيفية توفير إحالات داعمة وسرية للقائمين على رعاية الأطفال المعرضون للعنف البدني أو الجنسي أو العاطفي وللاستغلال أو سوء المعاملة.

3. حالات النقص في المغذيات الدقيقة

تعد حالات النقص في المغذيات الدقيقة عائقًا أمام التنمية الاجتماعية والاقتصادية في العديد من البلدان، حيث أن لها أثر كبير على صحة الأفراد وقدرتهم على التعلم وإنتاجيتهم. وتساهم حالات النقص المذكورة في عمل حلقة مفرغة من سوء التغذية والتخلف والفقر، مما يؤثر على الفئات المحرومة بالفعل.

تتميز حالات النقص في المغذيات الدقيقة بصعوبة كشفها في العديد من السياقات. وفي الوقت الذي قد تكون فيه العلامات السريرية لحالات النقص الحاد سهلة التشخيص، إلا أن العبء الأكبر على صحة السكان وبقائهم قد يكون من حالات النقص دون السريرية. افترض أن الأزمة سوف تزيد من سوء حالات النقص في المغذيات الدقيقة قائمة بين السكان، وتعامل مع حالات النقص المذكورة باستخدام عمليات تدخل على مستوى السكان وعلاج فردي.

توجد ثلاث مناهج لاحتواء حالات النقص في المغذيات الدقيقة:

- **المكملات:** في العادة يؤدي توفير مغذيات دقيقة على شكل عالي الامتصاص إلى أسرع احتواء لحالات المغذيات الدقيقة بين الأفراد أو السكان المستهدفين. وتشمل الأمثلة برامج المكملات المستهدفة للأنيميا من خلال مكملات الحديد ومكملات حمض الفوليك للحوامل ومكملات فيتامين أ للأطفال الصغار دون سن الخامسة.
- **التدعيم:** يمكن أن يكون إثراء المنتجات الغذائية بالمغذيات الدقيقة استراتيجية فعالة في احتواء حالات النقص في المغذيات الدقيقة. وتشمل أمثلة هذا الملح المدعم باليود ومساحيق المغذيات الدقيقة أو الزيوت النباتية المدعمة بفيتامين أ.
- **المنهجيات القائمة على الغذاء:** تتوفر الفيتامينات والمعادن الضرورية للوقاية من حالات النقص في المغذيات الدقيقة في مجموعة متنوعة من الأغذية. يجب أن تضمن السياسات والبرامج تعزيز تناول مجموعة متنوعة مناسبة كمًا وكيفًا من الأغذية الآمنة الغنية بالمغذيات الدقيقة على مدار السنة.

وفي الوقت الذي تُستخدم المناهج الثلاث جميعها في الأزمات، إلا أن الأكثر شيوعًا واستخدامًا هو منهج المكملات.

معيار حالات النقص في المغذيات الدقيقة 3: حالات النقص في المغذيات الدقيقة

تصحيح حالات النقص في المغذيات الدقيقة.

الإجراءات الأساسية

1. جمع المعلومات حول وضع ما قبل الأزمة للكشف عن حالات النقص في المغذيات الدقيقة الأكثر شيوعًا.
2. تدريب طاقم العاملين الصحيين على كشف حالات النقص في المغذيات الدقيقة وعلاجها.
3. وضع إجراءات للاستجابة لمخاطر حالات النقص في المغذيات الدقيقة.

4 ربط استجابات المغذيات الدقيقة مع استجابات الصحة العامة للوقاية من الأمراض الشائع ارتباطها مع الأزمات، مثل فيتامين أ للتعامل مع الحصبة والزنك للتعامل مع الإسهال.

المؤشرات الأساسية

لا توجد حالات عوز فيتامين ج أو بلغرة أو داء البريبري أو نقص الريبوفلافين

- ⊕ انظر الملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة في حالات النقص في المغذيات الدقيقة لتعريف دلالات الصحة العامة حسب الفئات العمرية والسكان بالكامل.
- استخدم مؤشرات وطنية أو خاصة بالسياق عند توفرها.

لا تعد معدلات جفاف الملتحمة وفقر الدم ونقص اليود من دلالات الصحة العامة

- ⊕ انظر الملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة في حالات النقص في المغذيات الدقيقة لتعريف دلالات الصحة العامة حسب الفئات العمرية والسكان بالكامل.
- استخدم مؤشرات وطنية أو خاصة بالسياق عند توفرها.

ملاحظات إرشادية

تشخيص حالات النقص في المغذيات الدقيقة السريرية: يجب أن يقوم طاقم طبي مؤهل بتشخيص حالات النقص في المغذيات الدقيقة السريرية طوال الوقت. وعند إدماج مؤشرات سريرية لحالات النقص المذكورة في نظم مراقبة الصحة والتغذية، يجب تدريب طاقم الموظفين على إجراء التقديرات الأساسية والتحويل بالاعتماد عليها. ويعد تعريف الحالة أمرًا مشكلًا؛ ولكن يمكنك الكشف عنها في الأزمات من خلال الاستجابة للمكملات الغذائية.

حالات النقص في المغذيات الدقيقة دون السريرية هي الحالات التي ليست حادة بشكل كافي لتظهر أعراض يمكن تحديدها بسهولة، إلا أنها يمكن أن تسبب نتائج صحية ضارة. يتطلب التحديد فحصًا بيوكيميائيًا خاصًا. ويعد فقر الدم استثناءً حيث يتوفر له فحص أساسي ويمكن إجراؤه بسهولة في الميدان.

يمكن استخدام المؤشرات غير المباشرة لتقدير خطر حالات النقص في المغذيات الدقيقة ولتحديد متى يجب تناول مكملات أو نظام غذائي معزز. ويشمل التقدير غير المباشر على تقدير تناول المغذيات على مستوى السكان ويستنبط خطر النقص. وللقيام بذلك، راجع البيانات المتوفرة الحصول على الطعام وتوفره واستخدامه، وقدِر ملاءمة الحصة الغذائية.

الوقاية: تمت معالجة استراتيجيات الوقاية من حالات النقص في المغذيات الدقيقة في القسم ٦ أدناه (⊕ انظر معيار المساعدة الغذائية 1.6: متطلبات التغذية العامة). يعد احتواء الأمراض أمرًا حاسمًا في الوقاية من حالات النقص في المغذيات الدقيقة. وتعد عدوى الجهاز التنفسي الحادة والحصبة والالتهابات الطفيلية، مثل الملاريا، والإسهال أمثلة عن الأمراض التي تستنفد مخزونات المغذيات الدقيقة. سوف يشتمل التجهيز للعلاج على وضع تعريفات للحالة وإرشادات للعلاج ونظم للتقصي الفعال ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير صحة الطفل 1.2.2 و2.2.2.

علاج حالات النقص في المغذيات الدقيقة: يجب أن يتم تقصي الحالات والعلاج داخل النظام الصحي وداخل برامج التغذية. قد يكون من الملائم إجراء علاج تغطية شاملة للسكان بالمكملات عندما تتجاوز معدلات حالات النقص في المغذيات الدقيقة العتبات المحددة للصحة العامة. ويعد داء الإسقربوط (عوز فيتامين ج) والبلغرة (عوز النياسين) ومرض البريبري (عوز الثيامين) وعوز الريبوفلافين هي أكثر الأمراض التي يُلاحظ

انتشارها بسبب حالات النقص في المغذيات الدقيقة ⊕ انظر الملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيقة.

تشمل تدابير الصحة العامة لاحتواء حالات النقص في المغذيات الدقيقة ما يلي:

- تقديم مكملات فيتامين أ مع تلقيح للأطفال من 6 إلى 59 شهرًا؛
- التخلص من الديدان لجميع الأطفال من سن 12 إلى 59 شهرًا؛
- إضافة الملح المدعم باليود والأطعمة المدعمة الأخرى مثل الزيت النباتي المدعم بفيتامين (أ) و(د) للسلة الغذائية وتوفير مساحيق المغذيات الدقيقة أو مكملات الزيوت المدعمة باليود؛
- تقديم منتجات مغذيات دقيقة متعددة تحتوي على الحديد للأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا.
- تقديم مكملات مغذيات دقيقة متعددة محتوية على الحديد، بما فيها حمض الفوليك، للحوامل والمرضعات.

في حالة عدم توفر منتجات المغذيات الدقيقة المتعددة المحتوية على الحديد، يتم تقديم مكملات للحديد وحمض الفوليك يوميًا للحوامل وللنساء اللاتي ولدن خلال فترة الخمس وأربعين يومًا السابقة.

استخدم مؤشرات غير مباشرة للتصنيف لتقدير خطر حالات النقص في المغذيات الدقيقة بين المتضررين، وتحديد الحاجة لتناول نظام غذائي معزز أو استخدام المكملات فمثلًا، قد تشمل المؤشرات غير المباشرة لنفص فيتامين أ انخفاض وزن المولود، أو الهزال/ أو التقزم) ⊕ انظر معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 1.2: تقدير التغذية.

4. تغذية الرضع الأطفال الصغار

يحفظ الدعم المناسب وفي الوقت المناسب لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ الأرواح ويحمي تغذية الأطفال وصحتهم ونموهم. وتزيد الممارسات غير الملائمة لتغذية الرضع والأطفال الصغار من قابلية التضرر بنقص التغذية والمرض والوفاة، وتقوض صحة الأم. وترفع الأزمات من هذه المخاطر، كما يتعرض بعض الرضع والأطفال الصغار للخطر بشكل خاص، ويشمل ذلك:

- الرضع منخفضي الوزن عند الولادة؛
- أطفال منفصلين وغير مصحوبين مع ذويهم؛
- الرضع والأطفال لأمهات مكتئبات؛
- الأطفال دون عامين ممن لا يتغذون بالرضاعة الطبيعية؛
- القادمين من مجموعات سكانية ذات انتشار متوسط أو مرتفع لمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)؛
- الأطفال من ذوي الإعاقة، لاسيما المصابين بإعاقة في التغذية؛
- الرضع والأطفال الصغار المصابين بسوء التغذية الحاد أو التقزم أو حالات النقص في المغذيات الدقيقة.

تتعامل تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ مع إجراءات وعمليات تدخل لحماية الاحتياجات التغذوية ودعمها لكل من الرضع والأطفال الصغار من عمر 0 إلى 23 شهرًا سواء المتغذين بالرضاعة الطبيعية أم بغيرها. وتشمل عمليات التدخل ذات الأولوية ما يلي:

- حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها؛
- تغذية تكميلية مناسبة وآمنة؛
- إدارة الرضاعة الصناعية للرضع الذين لا تتوفر لهم الرضاعة الطبيعية.

يعد دعم الحوامل والمرضعات أمرًا مركزيًا لرفاهية أطفالهن. «الرضاعة الطبيعية الحصرية» تعني ألا يتناول الرضيع أية سوائل أخرى بخلاف حليب الأم أو أية أطعمة صلبة، باستثناء مكملات المغذيات الدقيقة الضرورية أو الأدوية، حيث أنها تضمن تأمين الغذاء والسوائل للرضع لأول ستة أشهر وتكفل حماية مناعية فعالة. وتضمن الرضاعة الطبيعية أفضل نمو للدماغ وتستمر في حماية صحة الرضع والأطفال الأكبر سنًا، لاسيما في السياقات التي تفتقر للمياه والإصحاح والنظافة. وكذلك تحمي الرضاعة الطبيعية صحة الأم عن طريق تأخير الحيض وحمايتها من سرطان الثدي، وكذلك تعزز السلامة النفسية عن طريق تعزيز التعلق والاستجابة.

تعكس الإجراءات الأساسية في هذا القسم التوجيه العملي بشأن تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ (التوجيه العملي). التوجيه العملي هو ناتج عن مجموعة العمل المشتركة بين الوكالات والتي تهدف إلى توفير توجيه عملي وموجز حول كيفية ضمان تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ المناسبة وكذلك المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم («المدونة»).

معيار تغذية الأطفال والرضع 1.4:
توجيه السياسة وتنسيقها

يضمن توجيه السياسة وتنسيقها تحقيق تغذية آمنة ومناسبة وفي الوقت المناسب للرضع والأطفال الصغار.

الإجراءات الأساسية

1 تشكيل هيئة تنسيق لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ضمن آلية تنسيق الأزمة، وضمات التعاون بين القطاعات.

- افترض أن الحكومة هي هيئة التنسيق، ما أمكن.

2 تضمين مواصفات التوجيه العملي فيما يتعلق بتوجيه سياسة المنظمات الإنسانية والوطنية عند الإعداد.

- وضع توجيه وبيان مشترك مع السلطات الوطنية في حالة عدم وجود سياسة.
- تقوية السياسات الوطنية ذات الصلة ما أمكن.

3 دعم التواصل القوي والمنسجم والفعال من حيث التوقيت فيما يتعلق بتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ على جميع مستويات الاستجابة.

- أبلغ المنظمات الإنسانية والمتبرعين والإعلام في أقرب وقت ممكن عن سياسات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ وممارساتها الموضوعة في موضع التنفيذ.
- تواصل مع المتضررين حول الخدمات المتوفرة وممارسات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ وآليات تقديم التعقيبات.

4 تجنب قبول تبرعات بدائل حليب الأم أو غيرها من منتجات الألبان السائلة أو الرضّاعات الصناعية أو حلماتها أو الحث عليها.

- يجب إدارة التبرعات المستلمة عن طريق هيئة مخصصة، مع مراعاة التوجيه العملي والمدونة.
- احرص على التوجيه الصارم لبدائل حليب الأم أو استخدامها أو شرائها أو إدارتها أو توزيعها. ويجب أن يعتمد هذا على تقدير المخاطر والاحتياجات وتحليل البيانات والتوجيه الفني.

المؤشرات الأساسية

نسبة سياسات تغذية الرضع والأطفال الصغار المعتمدة في الطوارئ والتي توضح مواصفات التوجيه العملي

عدم الإبلاغ عن أي مخالفات للمدونة

نسبة مخالفات المدونة من التبرعات ببدائل حليب الأم أو منتجات الحليب السائلة أو القنينات والحلمات التي يتم التعامل معها في الوقت المناسب

ملاحظات إرشادية

التواصل مع المتضررين والأطراف المستجيبة والإعلام: يجب التواصل حول الخدمات المتوفرة والممارسات الصحية لتغذية الرضع والأطفال الصغار سوف تتطلب رسائل مخصصة حسب المجموعات المختلفة التي تقدم المساعدة والجمهور. ضع في الاعتبار الحاجة لدعم القائمين على الرعاية من الأجداد والجدات والوالد أو

الوالدة الوحيدة والأسر التي يقوم عليها طفل وذوي الإعاقة من القائمين بالرعاية أو الأشقاء والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية عند توجيه الرسالة.

المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم: تكفل المدونة الحماية للأطفال الذين يرضعون حليبًا صناعيًا عن طريق ضمان الاستخدام الآمن لبدائل حليب الأم، حيث تستند إلى معلومات حيادية ودقيقة وتنطبق في جميع السياقات. ويجب شملها في التشريعات خلال مرحلة التأهب وتنفيذها خلال الاستجابة للأزمة. تُطبق أحكام المدونة باعتبارها حدًا أدنى في حالة غياب وجود تشريع وطني.

لا تقيد المدونة توفر بدائل حليب الأم أو رضاعات التغذية أو الحلام أو تمنع استخدامها، إلا أنها تمنع تسويقها ومشترياتها وتوزيعها. وتتبع المخالفات الشائعة للمدونة خلال الأزمات من مشكلات الملصقات والتوزيع غير الموجه. خلال الأزمات، ارصد مخالفات المدونة وأبلغها إلى منظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والسلطات المحلية.

استخدم المؤشرات القياسية حيثما وجدت، وضع مؤشرات مخصصة بالسياق في حالة عدم توفرها. ضع أيضًا مقارنات مرجعية لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ لتحديد مدى التقدم والإنجازات، مع الأخذ في الاعتبار الإطارات الزمنية للتدخل. وشجع الاستخدام المتسق لمؤشر تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ فمن جانب شركاء التنفيذ وفي المسوح الاستقصائية. كرر التقديرات أو أجزاء من تقدير خط الأساس باعتبار ذلك جزءً من رصد عمليات التدخل في تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ، واستخدم مسوح استقصائية سنوية لكشف أثر عمليات التدخل المذكورة.

التغذية الاصطناعية: يجب أن تلتزم جميع بدائل حليب الأم بدستور الأغذية والمدونة. تعد إمكانية الحصول على خدمات المياه والإصحاح والنظافة أساسية للحد من مخاطر التغذية الاصطناعية في الطوارئ. سوف يعتمد نظام توزيع بدائل حليب الأم على السياق، بما في ذلك نطاق التدخل. لا تُشمل بديل حليب الأم وبدائل حليب الأم الأخرى في توزيعات الغذاء الشاملة أو العامة. ولا توزع منتجات الحليب السائل والمجفف باعتبارها سلعة مفردة. يجب أن تراعي مؤشرات التغذية الاصطناعية وإدارتها التوجيه العملي والمدونة وتكون كذلك تحت توجيه الهيئة المنظمة المخصصة لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ.

معيار تغذية الأطفال والرضع 2.4:
الدعم متعدد القطاعات لتغذية الرضع والأطفال الصغار في الطوارئ

أمهات الرضع والأطفال الصغار والقائمون على رعايتهم يتمتعون بالقدرة على الوصول إلى دعم غذائي مناسب في توقيت مناسب مما يحد من المخاطر وهو أمر ذو حساسية ثقافية ويعزز نتائج التغذية والصحة والبقاء.

الإجراءات الأساسية

1. وضع الحوامل والمرضعات موضع الأولوية فيما يتعلق بالوصول إلى الغذاء أو التحويلات النقدية والقسائم أو غيرها من عمليات الدخل الداعم.
2. توفير الوصول إلى استشارة مؤهلة للرضاعة الطبيعية للحوامل والمرضعات.
3. توجيه الدعم لجميع أمهات حديثي الولادة للبدء المبكر للرضاعة الطبيعية الحصرية.
   - توفير توجيه بسيط للرضاعة الطبيعية الحصرية في خدمات الأمومة.

- حماية الرضاعة الطبيعية الحصرية وتعزيزها ودعمها للرضع من عمر 0 إلى 5 أشهر، والرضاعة الطبيعية المستمرة للأطفال من عمر ستة أشهر إلى عامين.
- ادعم الانتقال إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية حيثما وجدت ممارسات التغذية المختلطة للرضع من عمر 0 إلى 5 أشهر.

4 توفير بدائل مناسبة لحليب الأم ومعدات التغذية والدعم المرتبط بها لأمهات الرضع الذين يحتاجون لرضاعة صناعية والقائمين على رعايتهم.

- استطلاع سلامة الاسترضاع والإرضاع وجدواه حيثما لم يتم إرضاع الرضع من جانب أمهاتهم والنظر في السياق الثقافي وتوفر الخدمة في مثل تلك المواقف.
- إذا كانت بدائل حليب الأم هي الخيار الوحيد المقبول، قم بتضمين حزمة دعم أساسية مع معدات الطهي والتغذية وكذلك دعم لشؤون المياه والإصحاح والنظافة وإمكانية وصول إلى الرعاية الصحية.

5 ادعم الدعم الغذائي التكميلي الكافي والملائم وذو التوقيت الجيد.

- قيّم أغذية الأسرة لتقدير كونها مناسبة كأغذية تكميلية للأطفال وقدم نصائح خاصة بالسياق ودعم حول التغذية التكميلية.
- احرص على إمكانية الوصول إلى معدات التغذية ولوازم الطهي، مع الوضع في الاعتبار الأطفال المصابين بصعوبات في التغذية.

6 قدم دعمًا غذائيًا للرضع والأطفال الصغار المعرضين للخطر على وجه الخصوص.

- ادعم النشاطات التحفيزية للرضع وممارسات رعاية نمو الأطفال المبكر داخل برامج التغذية.

7 قدم مكملات مغذيات دقيقة عند الضرورة.

- قدم مكملات يومية للحوامل والمرضعات، بما يشمل المتطلبات اليومية الضرورية من المغذيات الدقيقة المتعددة لحماية مخزون الأم ومحتوى حليب الأم، سواء كانت النساء يتلقين حصص طعام مدعم أم لا.
- استمرار مكملات الحديد وحمض الفوليك عند توفيرها بالفعل.

المؤشرات الأساسية

نسبة المرضعات اللاتي حصلن على مشورة مؤهلة

نسبة القائمين على الرعاية الذين تلقوا مؤن مطابقة لمدونة بدائل حليب الأم والدعم المقترن بها للرضع الذين يحتاجون إلى تغذية اصطناعية.

نسبة القائمين على الرعاية الذين حصلوا على أغذية مكملة آمنة وملائمة تغذويًا وذات توقيت مناسب للأطفال من عمر 6 إلى 23 شهرًا

ملاحظات إرشادية

تقدير تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ورصدها: تقدير حاجات الاستجابة لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ وأولوياتها ورصد أثر عمليات التدخل المتعلقة بتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ⊕ معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 2.1: تقدير التغذية.

التعاون متعدد القطاعات: نقاط تدخل قطاعية لتحديد تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ودعمها وتشمل:

- رعاية ما قبل الولادة وما بعدها؛
- نقاط تحصين؛
- رصد النمو؛
- نمو الأطفال المبكر؛
- خدمات علاج مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) (يشمل منع انتقال العدوى من الأم للطفل)؛
- علاج سوء التغذية الحاد؛
- الصحة المجتمعية والصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي؛
- خدمات المياه والإصحاح والنظافة؛
- مناطق التوظيف؛
- أعمال التوسع الزراعية.

الفئات المستهدفة: يجب تصنيف جميع بيانات التقديرات والبرامج للأطفال دون سن الخمس سنوات حسب الجنس والعمر: 0-5 شهور و6-11 شهرًا و12-23 شهرًا و24-59 شهرًا. يُستحسن التصنيف حسب الإعاقة من عمر 24 شهرًا.

يجب تحديد الخدمات وتأسيسها لتقديم احتياجات التغذية والرعاية للأطفال من ذوي الإعاقة والرضع والأطفال الصغار المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم، وإحالة الأطفال المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم إلى شركاء حماية الطفل، وتحديد نسبة الحوامل والمرضعات.

النظر بعين الاعتبار للمجموعات السكانية حيث يكون تفشي مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) عاليًا أو متوسطًا، والأطفال المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم، والأطفال ذوي الإعاقة، والأطفال المصابين بصعوبات في التغذية، والأطفال دون عامين ممن لا يتغذون بالرضاعة الطبيعية وأولئك المصابين بسوء التغذية الحاد. يجب مراعاة أن أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب يميلون للتعرض لخطر أكبر سوء التغذية.

الحوامل والمرضعات: استهدف الحوامل والمرضعات بالغذاء المدعم في حالة عدم تلبية حاجتهن في برامج المساعدة بالغذاء والمساعدة النقدية وبالقسائم، وقدم مكملات المغذيات الدقيقة مع مراعاة توصيات منظمة الصحة العالمية.

رتب الدعم النفسي الاجتماعي للأمهات المكروبات، بما يشمل الإحالة إلى خدمات الصحة العقلية عند الضرورة. ورتب دعمًا مناسبًا للأمهات من ذوي الإعاقة.

أنشئ أماكن آمنة في المخيم والأماكن الجمعية الأخرى للنساء للإرضاع، على شاكلة المساحات الملائمة للأطفال الصغار مع مناطق للرضاعة الطبيعية الحصرية.

الرضع الذين يتغذون بالرضاعة الطبيعية: يجب أن يمكّن التخطيط وتخصيص الموارد دعمًا مؤهلًا للرضاعة الطبيعية في الظروف الصعبة. وقد يشمل هذا الرضع في عمر 0-6 المصابين بسوء التغذية الحاد، والمجموعات السكانية التي تشيع بينها التغذية المختلطة وتغذية الرضع في سياقات وجود مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز).

الرضع غير المتغذين على رضاعة طبيعية: خلال جميع الأزمات، احم الرضع والأطفال الصغار الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية وادعمهم لتلبية احتياجاتهم التغذوية. تتباين عواقب عدم الإرضاع الطبيعي حسب عمر الطفل. الأطفال الصغار هم الأشد تعرضًا لخطر الأمراض المعدية حيث يعتمدون على الوصول إلى مؤن مضمونة من بدائل حليب الأم الملائمة والوقود والمعدات وكذلك ظروف المياه والإصحاح والنظافة.

وصفات غذائية بديلة للأطفال وغيره من البدائل: بديل حليب الأم هو بديل مناسب للرضع في عمر 0-5 شهرًا. امنح الأولوية لبديل حليب الأم السائل الجاهز للاستخدام، حيث أنه لا يتطلب أي تجهيز وينطوي على مخاطر سلامة أقل من بديل حليب الأم المسحوق.

يعد الاستخدام المناسب لبديل حليب الأم الجاهز للاستخدام وتخزينه بحرص ونظافة أواني التغذية أمورًا أساسية. إن بديل حليب الأم الجاهز للاستخدام له حجم كبير ومن ثم ترتفع تكلفة نقله وتخزينه. استخدم أنواع الحليب البديلة السائلة في حالة الأطفال أكبر من ستة أشهر. وتشمل أنواع الحليب البديلة الحليب المبستر كامل الدسم من الأبقار أو الماعز أو الأغنام أو الجاموس؛ الحليب السائل ذو درجة الحرارة الفائقة؛ أو الزبادي.

سوف يعتمد استخدام بديل حليب الأم في حالة الأطفال أكبر من ستة أشهر على الممارسات السابقة للأزمة والموارد المتوفرة ومصادر أنواع الحليب البديلة السائلة وكفاية الأغذية التكميلية وسياسة المنظمة الإنسانية. وقد تمتد مؤشرات استخدام بدائل حليب الأم لفترات قصيرة أو طويلة الأجل. إن متابعة أنواع الحليب السائلة للأطفال الكبار وحديثي تعلم المشي التي يتم تسويقها للأطفال أكبر من ستة أشهر ليست ضرورية.

يمكن أن يحدد عامل مؤهل للصحة أو التغذية الحاجة لبديل لحليب الأم من خلال التقييم الفردي والمتابعة والدعم. استشر الهيئة المنظمة والمنظمات الإنسانية التقنية حول التقديرات ومعايير الاستهداف عند عدم توفر التقييمات الفردية، وقدم بديل حليب الأم حتى يحصل الطفل على الرضاعة الطبيعية أو لستة أشهر على الأقل. عند تقديم بدائل حليب الأم للأطفال الذين يحتاجون، احترس من تشجيع الأمهات المرضعات على استخدامه بدون قصد.

لا تستخدم الرضّاعات حيث أنه من الصعب تنظيفها. شجع التغذية بالكأس وادعمها.

حافظ على رصد الاعتلال على المستويات الفردية والسكانية، مع التركيز على الإسهال.

التغذية التكميلية هي عملية تبدأ عندما يكون حليب الأم وحده ليس كافيًا لتلبية احتياجات الرضيع التغذوية وضرورة وجود أغذية أو سوائل أخرى، جنبًا إلى جنب مع حليب الأم. يجب تقديم الأغذية التكميلية للأطفال في عمر 6-23 شهرًا، سواء كانت منتجة صناعيًا أو مجهزة محليًا.

تعد الفجوات الغذائية سابقة الوجود والموجودة حاليًا العامل الرئيسي في تحديد خيارات الدعم بالأغذية التكميلية. وتشمل الاعتبارات الأخرى القدرة على تحمل تكاليف نظام غذائي وتوفره وموسمية الإمدادات الغذائية وإمكانية الوصول إلى الأغذية التكميلية المتوفرة محليًا ذات النوعية الجيدة، كما تشمل خيارات الاستجابة بالأغذية التكميلية:

- مساعدة معتمدة على النقد لشراء الأغذية المدعمة والغنية بالمغذيات المتوفرة محليًا؛
- توزيع الأطعمة المنزلية الغنية بالمغذيات أو الأغذية المدعمة؛
- توفير الأغذية المدعمة بالمغذيات الدقيقة المتعددة للأطفال في عمر 6-23 شهرًا؛
- التدعيم المنزلي بمكملات المغذيات الدقيقة، مثل مساحيق المغذيات الدقيقة أو غيرها من المكملات؛
- برامج سبل العيش؛
- برامج شبكة الأمان.

يجب النظر في توفير التدريب أو تقديم الرسائل جنبًا إلى جنب مع المساعدات القائمة على النقد، وذلك لضمان فهم المتضررين للاستخدام الأمثل للنقود لتحقيق نتائج تغذوية.

التكميل بالمغذيات الدقيقة: قد يحتاج الأطفال في عمر 6-59 شهرًا الذين لا يتلقون أغذية مدعمة إلى مكملات بالمغذيات الدقيقة المتعددة لتلبية احتياجات التغذية. يوصى بمكملات فيتامين أ. في المناطق

الموبوءة بالملاريا، قدم الحديد بأي شكل، ويشمل ذلك مساحيق المغذيات الدقيقة، وذلك في بشكل دائم جنبًا إلى جنب مع استراتيجيات تشخيص الملاريا والوقاية منها وعلاجها. من أمثلة استراتيجيات الوقاية من الملاريا توفير ناموسيات مشبعة بمبيد حشرات وبرامج مكافحة نواقل الأمراض وتعزيز تشخيص مرض الملاريا والعلاج باستخدام علاج دوائي فعال مضاد للملاريا. لا تقدم الحديد إلى الأطفال ممن لا يصلون إلى استراتيجيات مكافحة الملاريا. قدم الحديد وحمض الفوليك أو مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة للحوامل والمرضعات، مع مراعاة أحدث توجيه.

مرض نقص المناعة البشرية وتغذية الرضع: يجب دعم الأمهات المرضعات المصابات بمرض نقص المناعة البشرية ليقُمن بالإرضاع لمدة 12 شهرًا على الأقل، وحتى 24 أشهرًا أو أطول أثناء تلقي العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية. وفي حالة عدم توفر الأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية، اختر استراتيجية تمنح الرضع أكبر فرصة للبقاء بدون الإصابة بمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز). ويعني هذا الموازنة بين أخطار انتقال مرض نقص المناعة البشرية وبين الأسباب الأخرى لوفاة الطفل بعيدًا عن مرض نقص المناعة البشرية. ادعم الأمهات والقائمين بالرعاية وفقًا لذلك، واعطِ الأولوية لتسريع الحصول على أدوية مضادة للفيروسات الارتجاعية ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الصحة الإنجابية والجنسية 3.3.2: مرض نقص المناعة البشرية.

قدم المشورة للمرضعات غير المصابات بمرض نقص المناعة البشرية، وأولئك اللاتي لا تُعلم حالة إصابتهم بمرض نقص المناعة البشرية، ليقمن بالإرضاع حصرًا أول ستة أشهر في عمر الطفل. وبعد ذلك، قدم الأغذية التكميلية مع استمرار الرضاعة الطبيعية حتى يبلغ الطفل 24 شهرًا أو أكثر. يحتاج الرضع الذين اعتادوا بالفعل على الأغذية البديلة إلى تحديد ودعم عاجلين.

اطلع على السياسات الوطنية ودون الوطنية الموجودة و قيّم مدى مراعاتها لآخر التوصيات من منظمة الصحة العالمية، وحدد مدى ملائمتها لسياق الأزمة الجديدة، مع الأخذ في الاعتبار التغير في خطر التعرض لأمراض معدية غير مرض نقص المناعة البشرية، والمدة المحتملة للحالة الطارئة، وإذا كانت التغذية البديلة ممكنة ومدى توفر الأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية. قد تكون هناك حاجة لإصدار دليل مرحلي مستجد وتوزيعه على الأمهات والقائمين بالرعاية.

العنف القائم على النوع الاجتماعي وحماية الأطفال والتغذية: في الغالب يكون العنف القائم على نوع الجنس وعدم المساواة بين الجنسية والتغذية متشابكين. وقد يشكل العنف المنزلي تهديدًا على صحة النساء وأطفالهن ورفاهيتهم. يجب أن يقدم العاملون في التغذية إحالة داعمة وسرية للقائمين بالرعاية أو الأطفال المتعرضين لعنف قائم على النوع الاجتماعي أو سوء معاملة الأطفال. وتشمل العناصر الأخرى التي يجب دمجها الاستشارة والعمل لتأسيس مواقع علاج ملائمة للنساء والأطفال، والرصد المنتظم لمعدلات التقصير وعدم الاستجابة للعلاج. انظر في تضمين أخصائي حالات فردية متخصص في العنف القائم على النوع الاجتماعي وحماية الأطفال كجزء من طاقم العاملين في التغذية ⊕ انظر مبدأي الحماية رقم 3 و4.

طوارئ الصحة العامة: خلال أزمات الصحة العامة، اتخذ خطوات لمنع أي انقطاعات في توفر خدمات الصحة ودعم التغذية، وذلك لضمان استمرار الأمن الغذائي الأسري وسبل العيش، وكذلك للحد من مخاطر انتقال الأمراض من خلال الرضاعة الطبيعية، وكذلك التقليل من مرض الأمهات ووفاتهن. اطلع لدليل منظمة الصحة العالمية عند الحاجة للحصول على الإرشاد حول الكوليرا والإيبولا وفيروس زيكا.

5. الأمن الغذائي

يتحقق الأمن الغذائي عندما يتسنى لجميع الأفراد إمكانية الوصول الفعلية والاقتصادية للأطعمة المغذية والآمنة والكافية، والتي تلبي احتياجاتهم الغذائية وتفضيلاتهم من الطعام وذلك لحياة صحية ونشطة.

يتأثر الأمن الغذائي بعوامل الاقتصاد الكلي والعوامل السياسة الاجتماعية والعوامل البيئية. ويمكن للسياسات والعمليات والمؤسسات الوطنية والدولية أن تؤثر على وصول المتضررين إلى الغذاء الكافي من الناحية التغذوية. وكذلك يؤثر تدهور البيئة المحلية والطقس القاسي والمتقلب على نحو متزايد بسبب التغير المناخي على الأمن الغذائي.

يجب أن تهدف استجابات الأمن الغذائي خلال الأزمة الإنسانية إلى تلبية الحاجات قصيرة الأجل والحد من حاجة السكان المتضررين إلى تبني استراتيجيات تكيف قد تكون ضارة. ويجب على الاستجابات بمرور الوقت أن تحمي سبل العيش وتستعيدها وأن تثبت فرص التوظيف أو تخلقها وأن تساهم في استعادة الأمن الغذائي طويل الأجل. ويجب ألا يكون لها أثر ضار على الموارد الطبيعية والبيئة.

انعدام الأمن الغذائي للأسر هو أحد الأسباب الأربع الرئيسية لنقص التغذية، جنبًا إلى جنب مع ضعف التغذية وممارسات العناية، والبيئات الأسرية غير الصحية وعدم كفاية الرعاية الصحية.

تنظر المعايير في هذا القسم بعين الاعتبار إلى الموارد المطلوبة لتلبية الاحتياجات الغذائية لكل من عموم السكان والأشخاص المعرضين لخطر تغذوي مرتفع مثل الأطفال دون سن الخامسة أو المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز أو كبار السن أو المصابين بأمراض مزمنة أو ذوي الإعاقات.

سيكون للاستجابات الهادفة إلى علاج سوء التغذية أثر محدود إذا لم تتم تلبية الاحتياجات الغذائية لعموم السكان. وسوف تتدهور حالة الأشخاص المتعافين من سوء التغذية مرة أخرى، والذين لا يستطيعون الحفاظ على مقدار كاف من الطعام.

يتطلب تحديد أكثر اختيارات استجابات الأزمة كفاءة وفاعلية تحليلًا شاملًا للاحتياجات المصنفة حسب النوع وتفضيلات الأسر وكفاءة التكلفة وفاعليتها ومخاطر الحماية والتغيرات الموسمية. ويجب أن يحدد كذلك النوع المخصص المطلوب من الغذاء وكميته، والطريقة المثلى لتوزيعه.

يمثل الإنفاق على الغذاء أكبر نفقات الأسر المعرضة للخطرة. ويمكن أن تمكن المساعدة القائمة على النقد المتلقين للمساعدة على تحقيق إدارة أفضل لمواردهم بالكامل، بالرغم من اعتماد ذلك على قيمة التحويل المقدمة. يوجه التحليل التعاوني وأهداف البرنامج الاستهداف ونقل القيمة وأي شروط محتملة تُوضع على عملية التحويل.

يجب أن تهدف استجابات الأمن الغذائي تدريجيًا إلى العمل من خلال الأسواق المحلية أو دعمها، ويجب أن تستند القرارات بشأن المشتريات المحلية أو الوطنية أو الإقليمية على فهم للأسواق، ويشمل ذلك مقدمي الخدمة السوقية والمالية. كما يمكن أن تدعم البرمجة المرتكزة على السوق الأسواق كذلك، على شاكلة تقديم المنح للتجار لتجديد المخزون ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.

معيار الأمن الغذائي 5:
الأمن الغذائي العام

يتلقى الأفراد المساعدات الغذائية التي تحفظ حياتهم و تصون كرامتهم وتمنع تلاشي أصولهم وتبني القدرة على المرونة.

الإجراءات الأساسية

1. اعتمادًا على بيانات تقديرات الأمن الغذائي، صمم استجابة لتلبية الحاجات العاجلة وضع في الاعتبار التدابير التي تدعم الأمن الغذائي وتحميه وتعززه وتستعيده.
   - انظر في كل من الاختيارات العينية والنقدية فيما يتعلق بالسلة الغذائية.
2. ضع استراتيجيات المرحلة الانتقالية والخروج لجميع برامج الأمن الغذائي في أقرب وقت ممكن.
   - حقق تكامل البرامج مع الاستجابات المقدمة مع الجهات الفاعلة الأخرى.
3. تأكد من أن متلقي المساعدة يتمتعون بإمكانية الوصول إلى المعرفة والمهارات والخدمات الضرورية للقيام بالتكيف المناسب ودعم سبل العيش.
4. حماية البيئة الطبيعية واستعادتها والحفاظ عليها من وقوع مزيد من التدهور.
   - النظر في أثر وقود الطهي على البيئة.
   - النظر في استراتيجيات سبل العيش التي لا تساهم في إزالة الغابات أو تعرية التربة.
5. رصد مستوى قبول عمليات تدخل الأمن الغذائي الإنسانية وإمكانية الوصول إليها من مختلف الفئات والأفراد.
6. الحرص على تقديم المشورة لمتلقي المساعدات الغذائية حول تصميم الاستجابة ومعاملتهم باحترام وكرامة.
   - تشكيل آلية لتقديم التعقيبات.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من استهلاك الغذاء

- >35 بالمئة؛ في حالة توفير الزيت والسكر >42 بالمئة.

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من تنوع النظام الغذائي

- >5 مجموعات الطعام الأساسية المتناولة بشكل منتظم.

نسبة الأسر المستهدفة مع مؤشر مقبول من استراتيجيات التكيف

نسبة متلقي المساعدة الذين يقدمون شكاوى أو تعقيبات سلبية تتعلق بالمعاملة بكرامة

- يتم رصد جميع الشكاوى بشكل منتظم والرد عليها سريعًا.

ملاحظات إرشادية

السياق: ارصد حالة الأمن الغذائي باتساعها لتقدير ملاءمة الاستجابة باستمرار، وحدد موعد الإنهاء التدريجي للنشاطات، وقدم التعديلات أو المشروعات الجديدة أو الكشف عن أي حاجة للمناصرة.

في البيئات الحضرية، اتخذ خطوات لوضع مؤشرات الإنفاق الغذائي للأسر في سياقها، ولاسيما في المستوطنات الكثيفة منخفضة الدخل. ومثال لذلك بأن تكون حصة الإنفاق الغذائي وعتباته المثبتة أقل دقة عن السياقات الحضرية، حيث تكون النفقات غير المتعلقة بالطعام، مثل الاستئجار والتدفئة، أكبر نسبيًا.

استراتيجيات العمليات الانتقالية والخروج: ابدأ في وضع استراتيجيات العمليات الانتقالية والخروج من وقت بدء البرنامج. ويجب أن تكون هناك دلائل على حدوث تحسينات أو وجود جهة فاعلة أخرى تتحمل المسؤولية قبل إغلاق البرنامج أو إجراء عملية انتقالية. في حالة المساعدة الغذائية، فقد يتوجب فهم الأمن الاجتماعي القائم أو المخطط له أو نظم شبكة أمان طويلة الأجل.

يمكن أن تنسق برامج المساعدة الغذائية مع نظم الحماية المجتمعية، أو أن تضع أساسًا لمثل هذا النظام في المستقبل. ويمكن أن تناصر المنظمات الإنسانية النظم لمعالجة انعدام الأمن الغذائي المزمن، مع توجيهها بتحليل انعدام الأمن الغذائي المزمن حيثما توفر ⊕ انظر دليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.

الفئات المعرضة للخطر: استخدم تقديرات المخاطر المستندة على المجتمع وغيرها من عمليات الرصد التشاركي لمواجهة أي أنماط تعرض فئات أو أفراد معينين للخطر. على سبيل المثال، قد يؤدي توزيع الوقود أو المواقد ذات الكفاءة في استهلاك الوقود أو كليهما إلى الحد من مخاطر الاعتداء البدني والجنسي على النساء والفتيات. ويمكن أن تحد التحويلات النقدية المدعومة، لاسيما للأسر والأفراد المعرضين للخطر، على شاكلة الأسر التي تقوم عليها نساء أو أطفال أو أسر المعاقين، من خطر الاستغلال الجنسي وعمالة الأطفال.

هياكل الدعم المجتمعي: صمم هياكل الدعم المجتمعي جنبًا إلى جنب مع المستخدمين، ومن ثم تكون مناسبة ويتم الحفاظ عليها بشكل مناسب كما يرجح بقاؤها بعد انتهاء البرنامج. انظر أيضًا في احتياجات الأفراد المعرضين للخطر خلال التصميم. على سبيل المثال، قد يفتقد الفتيات والفتيان المنفصلين أو غير المصحوبين مع ذويهم المعلومات وتنمية المهارات التي تتم داخل الأسرة ⊕ انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي 4.

دعم سبل العيش: ⊕ انظر معياري الأمن الغذائي والتغذية وسبل العيش 1.7 و2.7 ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي ودليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

التأثير البيئي: يحتاج المقيمون في المخيمات إلى وقود للطهي، مما قد يسرع من إزالة الغابات المحلية. انظر في خيارات على شاكلة توزيع الوقود والمواقد ذات الكفاءة في استهلاك الوقود والطاقة البديلة. وضع في حسبانك المزايا البيئية المحتملة من عمل قسائم أكثر تخصصًا للخدمات والسلع المستدامة بيئيًا، وابحث عن فرص لتغيير عادات الغذاء والطهي السابقة والتي قد تكون سببت تدهورًا بيئيًا. ضع في الاعتبار اتجاهات التغير المناخي، واجعل الأولوية للنشاطات التي توفر الإغاثة على المدى القصير وتحد من خطر الأزمة على المدى المتوسط والطويل. فقد يقلل السحب من المخزونات على سبيل المثال الضغط على المراعي خلال الجفاف ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية 7: الاستدامة البيئية.

إمكانية الوصول والمقبولية: يميل الناس بشكل أكبر إلى المشاركة في البرنامج الذي يسهل الوصول إليه والذي يتميز بنشاطات مقبولة. استخدم التصميم التشاركي مع جميع أعضاء السكان المتضررين لضمان تحقيق التغطية الشاملة دون تمييز. بينما تستهدف بعض استجابات الأمن الغذائي النشاط الاقتصادي، إلا أن الاستجابات يجب أن تكون متاحة لجميع الناس. لتخطي العقبات الموجودة أمام الفئات المعرضة للخطر، تعاون معهم على تصميم نشاطات وتأسيس هياكل دعم مناسبة.

6. المساعدة الغذائية

تعد المساعدة الغذائية ضرورة إذا كانت كمية الأغذية المتوفرة أو جودتها أو إمكانية الوصول إلى الغذاء ليست كافية لمنع الوفيات المفرطة أو الاعتلال أو سوء التغذية، وتشمل الاستجابات الإنسانية التي تعزز توفر الطعام والوصول إليه والوعي بالتغذية وممارسات التغذية. ويجب أن تحمي هذه الاستجابات أيضًا سبل عيش المتضررين وتقويها. وتشمل خيارات الاستجابة الأغذية العينية والمساعدات القائمة على النقد ودعم الانتاج ودعم السوق. وفي الوقت الذي تعد فيه تلبية الاحتياجات العاجلة أولوية في مراحلة الأزمة الأولى، فيجب أن تحافظ الاستجابات على الأصول وتحميها وتساعد على استعادة الأصول المفقودة خلال الأزمة وتعزز القدرة على التكيف ضد التهديدات المستقبلية.

وقد تُستخدم المساعدة الغذائية كذلك لمنع الناس من اعتماد آليات تكيف سلبية، مثل بيع الأصول الإنتاجية أو الاستغلال المفرط للموارد الطبيعية أو تدميرها أو تراكم الديون.

يمكن استخدام مجموعة واسعة من الأدوات في برامج المساعدة الغذائية، وتشمل:

- توزيعات الغذاء العامة (تقديم أغذية عينية أو المساعدة القائمة على النقد لشراء الطعام)؛
- برامج التغذية التكميلية الشاملة؛
- برامج التغذية التكميلية الموجهة؛
- توفير الخدمات والمدخلات ذات الصلة، وتشمل نقل المهارات أو المعارف.

توفر توزيعات الغذاء العامة الدعم لأكثر الفئات احتياجاً للغذاء. أوقف تلك التوزيعات عندما يتمكن متلقو المساعدة من إنتاج غذائهم أو الوصول إليه عبر وسائل أخرى. قد تكون هناك حاجة للترتيبات الانتقالية، ويشمل ذلك المساعدة القائمة على النقد المشروطة أو دعم سبل العيش.

قد يحتاج الأفراد ذوي الاحتياجات التغذوية الخاصة إلى غذاء تكميلي بالإضافة إلى أي حصص غذائية عامة. ويشمل هذا الأطفال في سن 6-59 شهرًا وكبار السن وذوي الإعاقات والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والحوامل أو المرضعات. وتحفظ التغذية التكميلية الأرواح في العديد من الحالات، وتتم التغذية في الموقع فقط إذا لم يمتلك الناس وسائل طهي الغذاء بأنفسهم. وقد يكون ذلك ضروريًا بعد وقوع الأزمة مباشرة أو خلال انتقالات السكان أو إذا تسبب انعدام الأمن في تعريض متلقي الحصص الغذائية لاصطحابها للمنزل للخطر. وكذلك يمكن أن يُستخدم للتغذية المدرسية الطارئة، بالرغم من إمكانية توزيع الحصص الغذائية للاصطحاب للمنزل من خلال المدارس. ضع في اعتبارك أن الأطفال الذين لا يذهبون للمدارس لن يتمكنوا من الوصول إلى تلك التوزيعات؛ خطط لعمل آليات توعية لهؤلاء الأطفال.

تتطلب المساعدة الغذائية إدارة جيدة لسلسلة التوزيع والقدرات اللوجستية وذلك لإدارة السلع بكفاءة.

من الضروري أن تكون إدارة أي أنظمة توصيل نقدية قوية وخاضعة للمساءلة، مع رصد منتظم ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

معيار المساعدة الغذائية 1.6:
متطلبات التغذية العامة

تلبية احتياجات التغذية الأساسية للمتضررين، بما يشمل الأكثر تعرضًا للخطر.

الإجراءات الأساسية

1 قِس مستويات الوصول إلى غذاء كافي كمًا و نوعاً.

- قيّم مستوى الوصول بشكل دوري لكشف إذا ما كان مستقرًا أو ينحدر.
- قيّم إمكانية وصول المتضررين إلى الأسواق.

2 صمم مساعدة غذائية ومعتمدة على النقد لتلبية متطلبات التخطيط الأولي القياسية فيما يتعلق بالطاقة والبروتين والدهون والمغذيات الدقيقة.

- تخطيط الحصص الغذائية لتعويض الفرق بين المتطلبات الغذائية وما يمكن للأفراد توفيره من تلقاء أنفسهم.

3 احمِ وصول الناس للأطعمة المغذية ودعم التغذية وعززه وادعمه.

- تأكد أن الأطفال في عمر 6-24 شهرًا لديهم إمكانية الوصول إلى الأغذية التكميلية وأن الحوامل والمرضعات لديهن الوصول إلى دعم تغذوي إضافي.
- تأكد أن الأسر التي فيها أفراد ذوي أمراض مزمنة والمصابون بمرض نقص المناعة البشرية والسل وكبار السن وذوي الإعاقات لديهم أطعمة مغذية مناسبة ودعم تغذوي كافي.

المؤشرات الأساسية

انتشار سوء التغذية بين الأطفال أقل من خمس سنوات مصنف حسب الجنس، ومصنف حسب الإعاقة من عمر 24 شهرًا

- استخدم نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية (الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول والحد الأدنى للتنوع الغذائي للنساء في سن الإنجاب).
- للتصنيف حسب الإعاقة، استخدم نموذج اليونيسيف/مجموعة واشنطن لوظيفية الأطفال.

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من استهلاك الغذاء

- >35 بالمئة؛ في حالة توفير الزيت والسكر >42 بالمئة.

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من تنوع النظام الغذائي

- >5 مجموعات الطعام الأساسية المتناولة بشكل منتظم.

نسبة الأسر المستهدفة التي تتلقى الحد الأدنى من متطلبات الطاقة الغذائية (2100 كيلو كالوري للشخص في اليوم) وتتناول مقدار المغذيات الدقيقة الموصى بها يوميًا

ملاحظات إرشادية

رصد الوصول إلى الغذاء: ضع في اعتبارك المتغيرات التي تشمل مستويات الأمن الغذائي والوصول إلى الأسواق وسبل العيش والصحة والتغذية. سوف يساعد هذا في تحديد ما إذا كان الوضع مستقرًا أو متدهورًا، وكذلك ما إذا كانت عمليات التدخل الغذائية ضرورية. استخدم المؤشرات غير المباشرة مثل درجة استهلاك الطعام أو أدوات تنو ع النظام الغذائي.

أشكال المساعدة: استخدم أشكال مناسبة من المساعدة (نقدية أو قسائم أو عينية)، أو مزيج بينهم وذلك لضمان الأمن الغذائي. عند استخدام مساعدة معتمدة على النقد، انظر في توزيعات النظام التكميلي أو توزيعات النظام الإضافية لتلبية احتياجات الفئات الخاصة. وانظر في كفاية الأسواق فيما يتعلق بخدمة احتياجات تغذوية خاصة واستخدم طرقًا متخصصة بما فيها أداة تقدير «الحد الأدنى لتكلفة النظام الغذائي الصحي.»

تصميم الحصص الغذائية والجودة التغذوية: يتوفر عدد من أدوات تخطيط الحصص الغذائية، مثل (NutVal). استخدم الملحق 6: المتطلبات التغذوية لتخطيط حصص الطعام العامة. إذا صُممت الحصة الغذائية لتوفر كل محتوى الطاقة للنظام الغذائي، فيجب أن تحتوى على كميات مناسبة من جميع المغذيات. إذا كانت الحصة الغذائية توفر جزء من متطلبات الطاقة للنظام الغذائي فقط، فيكون تصميمها باستخدام أحد منهجين:

- إذا كان محتوى التغذية من الأغذية الأخرى المتوفرة للسكان غير معروف، فيجب أن يكون تصميم الحصة الغذائية متوازنًا من حيث محتوى المغذيات بحيث يكون متناسبًا لمحتوى الطاقة في الحصة الغذائية.
- إذا كان محتوى التغذية من الأغذية الأخرى المتوفرة للسكان معروفًا، فيجب تصميم حصة غذائية مكملة لهذه الأغذية لتسد الثغرات التغذوية.

يجب استخدام التقديرات التالية لمتطلبات الحد الأدنى من المغذيات للسكان في تخطيط حصص الغذاء العامة ويتم تعديلها حسب السياق.

- 2100 كيلو كالوري للفرد في اليوم مع 10-12 بالمئة من إجمالي الطاقة يوفرها البروتين و17 بالمئة توفرها الدهون ⊕ لمزيد من التفاصيل انظر الملحق 6: متطلبات التغذية.

قد يكون التأكد من كفاية المحتوى التغذوي أمرًا صعبًا عندما تتوفر أنواع قليلة من الأغذية. انظر في إمكانية الوصول إلى الملح المدعم باليود والنياسين والثيامين والريبوفلافين. وتشمل اختيارات تعزيز جودة التغذية للحصة الغذائية القيام بتدعيم السلع الرئيسية، عن طريق الأغذية المخلوطة المدعمة وتشجيع شراء الأغذية الطازجة المنتجة محليًا عن طريق استخدام القسائم. انظر في المنتجات التكميلية مثل الأغذية المعتمدة على الليبيدات وكثيفة المغذيات والأطعمة الجاهزة للاستخدام والأقراص أو المساحيق ذات المغذيات الدقيقة المتعددة. وقدّم رسائل تخص تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ لضمان تعزيز أفضل الممارسات للرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية ⊕ انظر معايير تغذية الرضع والأطفال الصغار 1.4 و2.4.

استشر المجتمع عند التخطيط للحصص الغذائية، لتأخذ في الاعتبار التفضيلات المحلية والثقافية. اختر الأغذية التي لا تتطلب طهي لوقت طويل إذا كانت توفر الوقود شحيحًا. وحيثما تحدث تغييرات على الحصص الغذائية، شارك المعلومات مع المجتمعات جميعها في أقرب وقت ممكن للحد من الاستياء، وللحد من خطر العنف الأسري ضد النساء، حيث قد يتعرضن للوم بسبب تخفيض الحصص الغذائية. بلغ الخطة القائمة بشكل واضح منذ البدء وذلك للتعامل مع التوقعات والحد من القلق وتعزيز الأسر من اتخاذ القرارات ذات الصلة.

الربط مع البرامج الصحية: يمكن أن تمنع المساعدة الغذائية من تدهور الحالة التغذوية للسكان المتضررين، لاسيما عند جمعها مع تدابير الصحة العامة لوقاية من الأمراض مثل الحصبة والملاريا والعدوى الطفيلية ⊕ انظر معيار الأنظمة الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية والرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 2.1: الوقاية.

رصد استخدام الطعام: تقوم المؤشرات الأساسية للمساعدة الأساسية بقياس الوصول إلى الطعام، إلا أنها لا تقدر استخدامه. والقياسات المباشرة لتناول المغذيات ليست واقعية. ويعد القياس غير المباشر بديلًا جيدًا، حيث يستخدم معلومات من مصادر متعددة تشمل توفر الطعام واستخدامه على مستوى الأسرة، وتقدير

أسعار الطعام وتوفر الطعام ووقود الطهي في الأسواق المحلية. وتشمل الاختيارات الأخرى فحص خطط توزيع المساعدات الغذائية وسجلاتها، وتقدير أية توزيعات للأغذية البرية وكذلك إجراء تقديرات الأمن الغذائي.

الفئات المعرضة للخطر: عند وضع معايير استحقاق المساعدة الغذائية، استشر مختلف الفئات لتحديد أي احتياجات خاصة قد تم تجاهلها. أدرج الغذاء الكافي والمقبول مثل الأغذية المختلطة المدعمة للأطفال الصغار (6-59 شهرًا) في حصة الغذاء العامة. تشمل فئات السكان الخاصة التي قد تحتاج عناية كبار السن، والمصابون بنقص المناعة البشرية، وذوي الإعاقات، والقائمين بالرعاية.

كبار السن: يمكن أن تؤدي الأمراض المزمنة والإعاقة والعزلة وضخامة حجم الأسرة والطقس البارد والفقر في الحد من الوصول إلى الغذاء وتزيد من المتطلبات التغذوية. يجب أن يتمكن كبار السن من الوصول إلى مصادر الطعام ونقل الطعام بسهولة. يجب أن تكون الأغذية سهلة التحضير والتناول ويجب أن تلبي الاحتياجات الإضافية من البروتين والمغذيات الدقيقة لكبار السن.

المصابون بنقص المناعة البشرية: يوجد خطر كبير للإصابة بسوء التغذية للمصابين بنقص المناعة البشرية: ويكون هذا بسبب انخفاض تناول الطعام وسوء امتصاص المغذيات والتغير في الأيض وأنواع العدوى والأمراض المزمنة. تتباين متطلبات الطاقة للمصابين بنقص المناعة البشرية حسب مرحلة العدوى. ويعد الطحن وتدعيم الأغذية أو تقديمها مدعمة أو مخلوطة أو المكملات الغذائية الخاصة، استراتيجيات ممكنة لتعزيز الحصول على نظام غذائي كافي. قد يكون من المناسب في بعض المواقف زيادة الحجم الإجمالي لأي حصة غذائية. ويجب إحالة المصابين بسوء التغذية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية إلى برامج التغذية الموجهة، عند توفرها.

ذوو الإعاقات، بما فيهم المصابين بإعاقات نفسية اجتماعية: قد يتعرضوا لخطر خاص بالانفصال عن أفراد أسرتهم القريبين والقائمين برعايتهم في العادة أثناء الأزمات، وقد يواجهون تمييزًا. قلل هذه المخاطر عن طريق ضمان الوصول الفعلي للغذاء، والوصول إلى الأغذية كثيفة الطاقة والغنية بالمغذيات، وكذلك عمل آليات لدعم التغذية. وقد يشمل هذا توفير الخلاطات اليدوية والملاعق وأنابيب شفط الغذاء، أو بتطوير أنظمة للزيارة المنزلية أو التوعية. وعلاوة على ذلك، ضع في اعتبارك أن الأطفال من ذوي الإعاقة يقل احتمال التحاقهم بالمدارس، مما ينتج عنه فقدانهم لبرامج التغذية المدرسية.

القائمون بالرعاية: من المهم دعم مقدمي الرعاية للأفراد المعرضين للخطر. قد يواجه القائمون بالرعاية ومن يرعوهم إلى عقبات تغذوية خاصة. ومثال على ذلك، أن يتوفر لديهم وقت أقل للوصول إلى الطعام بسبب المرض أو بسبب العناية بمريض. وقد يكونوا في حاجة ماسة للحفاظ على ممارسات النظافة. وقد يكون لديهم أصول أقل لمقايضتها بالغذاء بسبب تكاليف العلاج أو الجنائز. وقد يواجهون وصمة عار اجتماعية تحد من قدرتهم على الوصول إلى آليات الدعم المجتمعية. استخدم الشبكات الاجتماعية القائمة لتدريب أفراد مختارين من السكان على دعم القائمين بالرعاية.

معيار المساعدة الغذائية 2.6:
جودة الغذاء وملاءمته ومقبوليته

المواد الغذائية المقدمة ذات جودة ملائمة ومقبولة ويمكن استخدامها بكفاءة وفاعلية.

الإجراءات الأساسية

1 اختر أغذية تطابق المعايير الوطنية للحكومة المضيفة وغيرها من معايير الجودة المقبولة دوليًا.

- أجر اختبارات على عينات عشوائية من مخزونات الأغذية.

- اطلع على اللوائح المحلية واحترمها فيما يتعلق بتلقي الأغذية المعدلة جينيًا واستخدامها، وذلك عند التخطيط لاستخدام أغذية مستوردة.

2 استخدم تغليف مناسب للأغذية.

- وفر ملصقات بتاريخ الإنتاج وبلد المنشأ وتاريخ انتهاء الصلاحية أو تاريخ «الاستخدام المفضل» والتحليل التغذوي وتعليمات الطهي وذلك بصيغة سهلة وباللغة المحلية، لاسيما فيما يتعلق بالأغذية غير المعروفة أو الأقل شيوعًا.

3 قدر إمكانية الوصول إلى المياه والوقود والمواقد ومرافق تخزين الأغذية.

- قدم أغذية جاهزة للاستخدام عندما تمنع الأزمات الوصول إلى مرافق الطهي.

4 وفر وصولًا إلى مرافق طحن ومعالجة مناسبة عند تقديم حبوب كاملة.

- قم بتلبية تكاليف الطحن للمتلقين باستخدام النقد أو القسائم، أو بالطريقة الأقل تفضيلًا وهي تقديم المزيد من الحبوب أو معدات الطحن.

5 نقل الغذاء وتخزينه في ظروف مناسبة.

- اتبع معايير إدارة التخزين، مع القيام بفحوصات منتظمة على جودة الغذاء.
- قدر الكميات بوحدات ثابتة، وتجنب تغيير الوحدات وإجراءات القياس إثناء المشروع.

المؤشرات الأساسية

نسبة السكان المتضررين الذين أبلغوا أن جودة الطعام المقدم ملائمة وتلبي التفضيلات المحلية

نسبة السكان المتضررين الذين أبلغوا أن آلية استلام الغذاء كانت ملائمة

نسبة الأسر التي أبلغت عن سهولة طهي المواد الغذائية المستلمة وتخزينها

نسبة متلقي المساعدة الذين قدموا شكاوى أو تعقيبات سلبية حول جودة الطعام

- يتم رصد جميع الشكاوى بشكل منتظم والرد عليها سريعًا.

نسبة الفاقد في الأغذية التي أبلغ بها البرنامج

- الهدف < 0.2 بالمئة من الحمولة الإجمالية.

ملاحظات إرشادية

جودة الغذاء: يجب أن تطابق الأغذية المعايير الغذائية لحكومة البلد المضيف، ويجب أن يطابق الغذاء أيضًا معايير دستور الأغذية فيما يتعلق بالجودة والتغليف والملصقات والملائمة للغرض. إذا كانت الأغذية ليست مطابقة للجودة الخاصة بالاستخدام المقصود، فهي ليست مناسبة للغرض. وهذا صحيح حتى إذا كانت صالحة للاستهلاك الآدمي. ومثال على ذلك عندما لا تلبي جودة الدقيق متطلبات الخبز على المستوى الأسري حتى إذا كان من الآمن تناوله. كما يجب أن ترفق شهادات الصحة النباتية وغيرها من شهادات الفحص مع الأغذية التي يتم شراؤها محليًا أو المستوردة. ويجب أن يستخدم التخبير منتجات مناسبة وأن يتبع إجراءات صارمة. ضمان فحص مفتشين مستقلين للجودة للشحنات ذات الكميات الكبيرة واستخدامهم في حالة وجود شكوك أو نزاعات حول الجودة.

يجب الحرص على الحفاظ على انخراط الحكومة المضيفة بأكبر قدر ممكن. احصل على معلومات حول عمر شحنات الأغذية وجودتها من شهادات الموردين ومن تقارير فحص مراقبة الجودة ومن ملصقات التغليف ومن

تقارير المستودعات. وأنشئ قاعدة بيانات بتحليل الشهادات الصادرة من السلطة المختصة بالتصديق على جودة المنتج ونقائه.

قدّر توفر السلع الغذائية في الأسواق المحلية والوطنية والدولية. في حالة الحصول على المساعدة الغذائية من مصادر محلية، فيجب أن تكون مستدامة ولا تسبب المزيد من الضغط على الموارد الطبيعية المحلية أو تخل بالأسواق. وقم بتحليل عوامل القيود المحتملة للإمدادات الغذائية في تخطيط البرنامج.

تغليف الأغذية: يمكن الإبلاغ عن الفاقد في الأغذية في المستودعات أو عند نقاط التوزيع النهائية. قد يرجع سبب الفاقد في الأغذية إلى سوء التغليف أثناء دورة التوزيع. يجب أن يكون التغليف متينًا ومناسبًا للمناولة والتخزين والتوزيع. ويجب أن يكون سهل التعامل معه من جانب كبار السن والأطفال وذوي الإعاقة. يجب أن يمكن التغليف، عند الإمكان، من التوزيع المباشر بدون الحاجة إلى إعادة قياس أو تعبئة. وينبغي ألا يحمل تغليف المواد الغذائية أي رسائل ذات دوافع سياسية أو دينية أو مثيرة للانقسام بطبيعتها.

ينبغي ألا يشكل التغليف خطرًا ويقع على عاتق المنظمات الإنسانية مسؤولية الحفاظ على البيئة من تناثر مواد التغليف من المواد التي جرى توزيعها أو شراؤها عن طريق النقد أو القسائم. استخدم الحد الأدنى من التغليف (على أن يكون قابل للتحلل ما أمكن) ومواد مناسبة محليًا، إن أمكن عن طريق تعزيز الشراكة مع الحكومة المحلية ومصنعي مواد التغليف. وقم بتوفير أوعية طعام يمكن استخدامها أو إعادة تدويرها أو إعادة تخصيصها. وتخلص من نفايات التغليف بطريقة تمنع التدهور البيئي. قد يحتاج تغليف الأطعمة الجاهزة للاستخدام، مثل ورق الألومنيوم، إلى مراقبة خاصة للتخلص الآمن منها.

نظم حملات تنظيف مجتمعية منتظمة في حالة وجود نفايات مبعثرة. يجب أن تكون هذه الحملات جزء من التعبئة المجتمعية ورفع الوعي، بدلًا من كونها على شاكلة النقد لقاء العمل ⊕ انظر انظر معيار إدارة النفايات الصلبة ضمن معايير الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة من 1.5 إلى 3.5.

اختيار الغذاء: في حين أن القيمة الغذائية تعد الاعتبار الأول عند تقديم المساعدة الغذائية، إلا أن السلع ينبغي أن تكون مألوفة للمتلقين. ويجب أن تتناسب كذلك مع معتقداتهم وتقاليدهم الثقافية، وذلك بما يشمل أي محرمات غذائية للحوامل أو المرضعات. تشاور مع النساء والفتيان حول اختيار الغذاء، حيث أن في العديد من البيئات تقع عليهن المسؤولية الأولى في تجهيز الطعام. ادعم الأجداد والجدات والرجال الذين يكونوا وحيدون على رأس الأسر والشباب المسؤولين عن أشقائهم بدون دعم، حيث أن إمكانية وصولهم للغذاء قد تكون معرضة للخطر.

في السياقات الحضرية، يرجح إمكانية وصول الأسر إلى مجموعة أكثر تنوعًا من الأغذية مقارنة بالسياقات الريفية، إلا أن جودة النظام الغذائي قد تكون محدودة، مما يتطلب دعمًا تغذويًا مختلفًا.

تغذية الرضع: يجب ألا يتم توزيع حليب الأطفال المتبرع به أو المدعوم وكذلك الحليب المجفف والحليب السائل ومنتجات الحليب السائل باعتبارها سلعة منفصلة في توزيعات الطعام العامة. ويجب ألا يتم توزيع هذه المواد في برامج التغذية التكميلية التي يتم اصطحابها للمنزل ⊕ انظر معيار تغذية الرضع والأطفال الصغار 2.4.

الحبوب الكاملة: وزع الحبوب الكاملة حيثما كان طحن الأسر للحبوب تقليديًا أو عند وجود إمكانية للوصول للمطاحن المحلية. تتميز الحبوب الكاملة بتمتعها بعمر افتراضي طويل عن بدائلها، وقد تتمتع بقيمة أعلى بالنسبة للمشاركين في البرنامج.

وفر مرافق للمطاحن التجارية منخفضة الاستخراج التي تتخلص من الجراثيم والزيوت والإنزيمات التي تسبب الزنخ. يزيد الطحن التجاري منخفض الاستخراج العمر الافتراضي بشكل كبير، إلا أنه يقلل من محتوى البروتين. وتبلغ فترة صلاحية الذرة الكاملة المطحونة من ستة إلى ثمانية أسابيع فقط، لذا يجب أن يتم الطحن قبل وقت

قصير من الاستهلاك. وتتطلب الحبوب المطحونة في العادة وقتًا أقل للطهي، وقد تعرض متطلبات الطحين في بعض الأحيان النساء أو الفتيات البالغات إلى خطر متزايد من الاستغلال. تعاون مع النساء والفتيات للكشف عن المخاطر والحلول، على شاكلة دعم مطاحن تديرها النساء.

تخزين الغذاء وتجهيزه: يجب أن تحدد قدرة التخزين الأسرية اختيار الأغذية المقدمة. تأكد أن متلقي المساعدات يفهمون كيفية تجنب مخاطر الصحة العامة المرتبطة بتجهيز الطعام. قدم مواقد ذات كفاءة في استهلاك الوقود أو تعمل بالوقود البديل وذلك للحد من التدهور البيئي.

يجب أن تكون مناطق التخزين جافة ونظيفة وأن تكون محمية بشكل مناسب من الطقس وأن تكون خالية من التلوث الكيميائي أو غيره. أمّن مناطق التخزين ضد الآفات، مثل الحشرات والقوارض. استعن بموظفي وزارة الصحة ما أمكن للتأكد من جودة الغذاء المقدم من جانب البائعين والموردين.

معيار المساعدة الغذائية 3.6:
الاستهداف والتوزيع والتوصيل

توجيه المساعدة الغذائية وتوزيعها يتسمان بالاستجابة ويتمان في التوقيت المناسب ويتميزان بالشفافية والأمان.

الإجراءات الأساسية

1. حدد متلقي المساعدة الغذائية واستهدفهم اعتمادًا على الحاجة والمشاورات مع الجهات المعنية المناسبة.
   - وفر تفاصيل واضحة ومعلنة على طُرق الاستهداف، والتي يمكن الوصول إليها من كل من المتلقين وغير المتلقين، وذلك لتجنب حدوث توترات أو إلحاق أضرار.
   - ابدأ التسجيل الرسمي للأسر لتلقي الأغذية في أقرب وقت ممكن، وتحديثه عند الضرورة.
2. صمم طرق توزيع الغذاء أو آليات تقديم النقد المباشر/القسائم بحيث تتمتع بالكفاءة والإنصاف والأمان وسهولة الوصول و الفعالية.
   - تشاور مع الرجال والنساء، بما يشمل المراهقين والشباب، وعزز المشاركة من جانب المعرضين المحتملين للخطر أو الفئات المهمشة.
3. حدد موقع نقاط التوزيع والتسليم بحيث يمكن الوصول إليها وأن تكون آمنة وتكون أكثر المواقع الملائمة للمتلقين.
   - الحد من الأخطار التي يواجهها الأفراد الذين يصلون إلى عمليات التوزيع، والرصد المنتظم لنقاط التفتيش أو رصد تغيرات الحالة الأمنية.
4. تزويد المتلقين بتفاصيل مسبقة عن خطة التوزيع وجدوله وكمية الحصة الغذائية أو جودتها أو القيمة النقدية أو قيمة القسائم والغرض المقصود منها تغطيته.
   - وضع جدول التوزيعات بطريقة تحترم وقت انتقالات الأفراد وعملهم، كما يعطي الأولوية للفئات المعرضة للخطر حسب الاقتضاء.
   - تحديد آليات تقديم تعقيبات وتأسيسها مع المجتمع قبل التوزيع.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية لأخطاء الاستهداف بالتضمين والاستبعاد التي تم الحد منها

- الهدف > 10 بالمئة.

المسافة من المساكن حتى نقاط التوزيع النهائية أو الأسواق (في حالة القسائم أو النقد)

- الهدف< 5 كيلومترات.

نسبة الأشخاص الذين تتم مساعدتهم (مصنفين حسب الجنس والعمر والإعاقة) الذين أبلغوا بمواجهة مشكلات خاصة بالسلامة عند الانتقال إلى مواقع البرنامج أو منها

عدد الحالات التي تم التبليغ عنها من الاستغلال الجنسي أو سوء استغلال السلطة والمتعلقة بتوزيع أو ممارسات التسليم

نسبة حالات الاستغلال الجنسي أو سوء استغلال السلطة المتعلقة بالتوزيع أو ممارسات التسليم التي تمت متابعتها

- 100 بالمئة.

نسبة الأسر المستهدفة التي ذكرت استحقاقها للمساعدة الغذائية بشكل صحيح

- الهدف: >50 بالمئة من الأسر المستهدفة.

ملاحظات إرشادية

الاستهداف: تأكد من أن أدوات الاستهداف وطرقه تتلاءم مع السياق. يجب أن يشمل الاستهداف عملية التدخل، لا أن يكون في المرحلة الأولية فقط. يعد أمرًا معقدًا تحقيق التوازن الصحيح بين أخطاء الاستبعاد، والتي قد تعرض الحياة للخطر، وأخطاء التضمين، التي يحتمل أن تسبب الإخلال أو التبديد. وتعد أخطاء التضمين أثناء البداية السريعة للأزمة أكثر تقبلًا عن أخطاء الاستبعاد. ويمكن أن تكون التوزيعات الغذائية العامة مناسبة في الأزمات التي تعاني فيها الأسر من خسائر مماثلة، أو حيثما كان تقدير الاستهداف المفصل غير ممكن بسبب عدم توفر إمكانية الوصول.

يمكن استهداف الأطفال في عمر 6-59 شهرًا والحوامل والمرضعات والمصابين بنقص المناعة البشرية وغيرهم من الفئات المعرضة للخطر عن طريق الأغذية التكميلية أو يمكن ربطهم بعلاج التغذية واستراتيجيات الوقاية. فيما يتعلق بالمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، فسوف يتسبب المرض في زيادة مقدار تناولهم اليومي من السعرات الحرارية وقم بدعم التزامهم بالعلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية.

يجب أن يتجنب أي برنامج مستهدف من التسبب بوصمة عار أو تمييز. ويمكن إدراج المصابين بنقص المناعة البشرية كجزء من التوزيعات لصالح «المصابين بأمراض مزمنة»، على سبيل المثال، وتوفيرها لهم من خلال المراكز الصحية حيث يتلقون الرعاية والعلاج. يجب عدم نشر قوائم المصابين بنقص المناعة البشرية أو مشاركتها مطلقًا، وفي معظم السياقات يجب ألا يقوم القادة المحليون بدور وكلاء الاستهداف في حالة المصابين بنقص المناعة البشرية.

لجان/وكلاء الاستهداف: طور تواصلًا مباشرًا مع الأفراد والفئات المتضررة في المجتمع، وفي نفس تجنب الممسكين بزمام المجتمع قدر الإمكان. شكل لجان الاستهداف بحيث تشمل تمثيل المجموعات السكانية التالية:

- النساء والفتيات والرجال والفتيان وكبار السن والمعاقين؛
- اللجان المنتخبة محليًا والمجموعات النسائية والمنظمات الإنسانية؛
- المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية؛

- منظمات الشباب؛
- والمؤسسات الحكومية المحلية.

عمليات التسجيل: قد يمثل التسجيل تحديًا في المخيمات، لاسيما أن النازحين لا يملكون وثائق هوية. قد تكون قوائم السلطات المحلية وقوائم الأسر المجهزة من جانب المجتمع مفيدة إذا كشف التقدير المستقل دقتها وحيادها. شجع اشتراك المتضررات في تصميم عمليات التسجيل، وأدرج الأفراد المعرضين للخطر في قوائم التوزيع، لاسيما الأفراد ذوي الحركة المحدودة.

إذا لم يكن التسجيل ممكنًا في مراحل الأزمة الأولى، فأكمله في أقرب وقت ممكن بعد استقرار الموقف. شكل آلية تقديم تعقيبات لعملية التسجيل والتي يمكن الوصول إليها من جانب المتضررين، بما يشمل النساء والفتيات وكبار السن وذوي الإعاقة. تمتلك النساء الحق في التسجيل بأسمائهم الخاصة. إن أمكن، تشاور مع الرجال والنساء، بشكل منفصل عند الضرورة، حول من منهم يجب أن يتسلم المساعدة أو يتلقى المساعدة المعتمدة على النقد بالنيابة عن الأسرة. ويجب توجيه هذه الاستشارات باستخدام تقدير المخاطر.

قم بعمل مخصصات خاصة للأسر التي يرأسها ذكر أو أنثى منفردين، وكذلك الأسر التي يقوم عليها طفل أو شاب والأطفال المنفصلين أو غير المصحوبين مع ذويهم، ومن ثم يمكنهم الحصول على المساعدة بسهولة بالنيابة عن أسرهم. ضع رعاية الطفل بالقرب من نقاط التوزيع لتمكين الأسر التي يرعاها والد أو والدة منفردين والنساء والأطفال من الحصول على المساعدة دون ترك أطفالهم دون مراقبة. في السياقات التي توجد فيها أسر متعددة الزوجات، عامل كل زوجة وأبنائها باعتبارهم أسرة مستقلة.

توزيع حصص الطعام «الجافة»: في العادة لا تقدم توزيعات الطعام العامة إلا حصص الطعام الجافة التي يمكن للناس بعد ذلك طهيها في منازلهم. قد يشمل المتلقون فردًا أو حامل بطاقة الحصة الغذائية للأسرة أو ممثل مجموعة من الأسر أو قادة تقليديين أو قادة نسائيين أو قادة توزيع مستهدف قائم على المجتمع. يجب أن يضع عدد مرات عمليات التوزيع في الاعتبار وزن الحصة الغذائية والطرق التي يحملها بها المتلقون إلى المنزل بأمان. قد تكون هناك حاجة لدعم مخصص لضمان تمكن كبار السن والحوامل والمرضعات والأطفال المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم وذوي الإعاقة من الحصول على مستحقاتهم والحفاظ عليها. انظر في إمكانية وجود غيرهم من أفراد المجتمع لمساعدتهم، أو تقديم حصص غذائية أصغر مع عدد مرات أكبر.

توزيع حصص الطعام «الرطبة»: في الظروف الاستثنائية، مثل وقوع البداية السريعة للأزمة، يمكن استخدام الوجبات المطهوة أو الأطعمة الجاهز للأكل في توزيعات الأغذية العامة. قد تكون الحصص الغذائية هذه مناسبة عندما يكون الناس في وضع الحركة، أو إذا كان حمل الغذاء للمنزل قد يعرض متلقي المساعدة لخطر السرقة أو سوء المعاملة أو سوء الاستغلال. استخدم الوجبات المدرسية والحوافز الغذائية للعاملين في مجال التعليم كآلية توزيع في حالات الطوارئ.

نقاط التوزيع: عند تحديد موضع نقاط التوزيع، ضع في الاعتبار التضاريس الجغرافية ووفر إمكانية وصول مناسبة لموارد الدعم الأخرى مثل المياه النظيفة والآمنة والمراحيض والخدمات الصحية والأماكن المظللة والمأوى والمساحات الآمنة للأطفال والنساء. يجب النظر بالاعتبار لوجود نقاط تفتيش مسلحة أو نشاط عسكري للحد من الخطر على المدنيين وتحقيق إمكانية وصول آمنة للمساعدة. ويجب تمييز الطرق إلى نقاط التوزيع ومنها ويجب أن تتوفر إمكانية الوصول إليها وأن تكون مستخدمة بشكل متكرر من أفراد المجتمع الآخرين. وضع بالاعتبار الجوانب العملية لنقل السلع وتكاليفها ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 2.

طوّر وسائل بديلة للتوزيع للوصول لمن يكونوا في أماكن بعيدة عن نقطة التوزيع، أو من يعانوا من صعوبات حركية. يعد الوصول إلى التوزيع مصدر قلق شائع لمجموعات السكان المهمشة والمستبعدة خلال الأزمات. وفر توزيعات مباشرة لمجموعات السكان في الأوساط المؤسسية.

جدولة التوزيعات: جدول مواعيد التوزيعات بحيث تسمح بالانتقال إلى نقاط التوزيع والعودة للمنزل خلال ساعات النهار. تجنب وجود متطلب للبقاء خلال الليل، حيث يتسبب هذا في أخطار إضافية، وجدول التوزيعات بحيث تحد من حدوث اضطرابات في النشاطات اليومية. انظر أيضًا في عمل خطوط استيفاء سريع أو خطوط أولوية للفئات المعرضة للخطر ومكتب مزود بأخصائي اجتماعي يمكنه تسجيل أي أطفال منفصلين أو غير مصحوبين مع ذويهم. ووفر معلومات مسبقة عن الجدول الزمني والتوزيع من خلال مجموعة واسعة من وسائل التواصل.

السلامة أثناء توزيعات الغذاء والقسائم والنقد: اتخذ خطوات للحد من الأخطار على المشاركين في التوزيع. ويشمل هذا ضبط مناسب للحشود واشراف موظفين مدربين على التوزيع ووجود أفراد من السكان المتضررين يحرسون نقاط التوزيع بأنفسهم. قم بإشراك الشرطة المحلية عند الضرورة، وأبلغ مسؤولي الشرطة وضباطها عن أهداف نقل المواد الغذائية. ضع مخطط الموقع في نقاط التوزيع بحرص، ومن ثم يتمتع بالأمان ويوفر القدرة على الوصول إليه من جانب كبار السن وذوي الإعاقة والمصابين بصعوبات وظيفية. أبلغ أيضًا جميع فرق توزيع الغذاء عن السلوك المناسب المتوقع، بما يشمل فرض عقوبات على الاستغلال الجنسي وسوء المعاملة. استعن بحارسات للإشراف على التحميل والتسجيل والتوزيع ومراقبة الغذاء بعد التوزيع ⊕ انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي 7.

تقديم المعلومات: اعرض المعلومات حول الحصة الغذائية بشكل بارز في نقاط التوزيع، وبلغات وصيغ سهلة لمن لا يستطيعون القراءة أو من يعانون صعوبات في التواصل. أبلغ الناس عبر الوسائل المطبوعة والمسموعة والرسائل القصيرة والرسائل الصوتية عن:

- خطة الحصة الغذائية، مع تحديد كمية الحصص الغذائية ونوعها، أو قيمة القسائم/النقدية والهدف الذي يفترض بها تغطيته؛
- أسباب أي تغييرات عن الخطط السابقة (التوقيت أو الكمية أو المواد أو غيرها)؛
- خطة التوزيع؛
- الجودة الغذائية للغذاء، وعند الحاجة، ذكر أي عناية خاصة مطلوبة من جانب المتلقين لحفظ قيمته الغذائية.
- متطلبات التعامل والاستخدام الآمنين للأغذية؛
- المعلومات الخاصة بالاستخدام الأمثل للغذاء للأطفال؛
- وخيارات الحصول على المزيد من المعلومات أو تقديم تعقيبات.

فيما يتعلق بالمساعدة المعتمدة على النقد، يجب تضمين قيمة التحويل في معلومات الحصة المقدمة. ويمكن تقديم هذه المعلومات في نقطة التوزيع أو يمكن عرضها في نقطة استلام النقد أو حيث يمكن استرداد قيمة القسيمة أو في منشور باللغة المحلية.

التغييرات على الطعام المقدم: قد تحدث تغيرات في الحصص أو قيمة التحويل للمساعدات المعتمدة على النقد بسبب ضعف الطعام المتوفر أو ضعف التمويل أو غيره من الأسباب. أبلغ هذه التغييرات للمتلقين عند وقوعها من خلال لجان التوزيع والقادة المجتمعيين والمنظمات التمثيلية. وطور مسار عمل مشترك قبل التوزيعات. كما يجب أن تبلغ لجنة التوزيع عن التغييرات، وأسباب التغييرات وتاريخ استئناف الحصص العادية وخطة الاستئناف. تشمل الخيارات ما يلي:

- تقليل الحصص لجميع المتلقين؛
- إعطاء حصص كاملة للأفراد المعرضين للخطر وتقليل الحصص في التوزيع العام؛
- تأجيل التوزيع (كحل أخير).

رصد التوزيع والتوصيل: ارصد الغذاء بشكل منتظم عن طريق الوزن العشوائي للحصص الغذائية التي تتلقاها الأسر وذلك لقياس دقة التوزيع وعدالته، والتقِ بالمتلقين واحرص على اللقاء مع عينة تشمل عددًا متساويًا من الرجال والنساء، بما يشمل المراهقين والشباب وذوي الإعاقة وكبار السن. ويمكن أن تساعد الزيارات العشوائية من جانب فريق مقابلة مكون على الأقل من ذكر وأنثى في تحديد مقبولية الحصة الغذائية وفائدتها. كما يمكن أن تكشف هذه الزيارات عن الأفراد الذين يحققون معايير الاختيار ولكن لا يتلقون مساعدة غذائية، وعن الأغذية المستقبلة من أماكن أخرى ومصدرها واستخدامها. كما يمكن أن تكشف هذه الزيارات احتمال استخدام القوة لأخذ الممتلكات القهري أو التوظيف أو الاستغلال الجنسي وغير من أشكال الاستغلال ⊕ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

معيار المساعدة الغذائية 4.6: استخدام الغذاء

تخزين الغذاء وتجهيزه واستهلاكه آمن ومناسب على مستوى الأسرة والمجتمع.

الإجراءات الأساسية

1. قدم الحماية لمتلقي المساعدة من سوء مناولة الغذاء أو سوء تجهيزه.
   - اعلم الناس عن أهمية نظافة الغذاء وعزز ممارسات النظافة الجيدة عند مناولة الغذاء.
   - درّب الموظفين على التخزين الآمن للغذاء ومناولته وتجهيزه، والأخطار الصحية المحتملة للممارسات غير الصحيحة وذلك عند توفير حصص غذائية مطهوة.
2. تشاور مع متلقي المساعدة وقدم النصح لهم حول تخزين الغذاء وتجهيزه وطهيه واستهلاكه.
3. تأكد أن الأسر لديها وصول آمن لأواني الطهي المناسبة وكذلك المواقد ذات الكفاءة في استهلاك الطاقة والماء النظيف ومواد النظافة.
4. تأكد من توفر قائمين على رعاية الأفراد الذين لا يستطيعون تجهيز الطعام أو إطعام أنفسهم بحيث يقدمون الدعم لهم عند الإمكان والاقتضاء.
5. راقب كيفية استخدام الموارد الغذائية داخل الأسرة.

المؤشرات الأساسية

عدد الحالات التي يتم التبليغ فيها عن أخطار صحية من الغذاء الموزَّع

نسبة الأسر القادرة على تخزين الطعام وتجهيزه بأمان

نسبة الأسر المستهدفة القادرة على ذكر ثلاث رسائل توعية بالنظافة أو أكثر

نسبة الأسر المستهدفة التي تبلغ بإمكانية وصولها إلى أواني طهي مناسبة وكذلك وقود ومياه شرب ومواد نظافة

ملاحظات إرشادية

صحة الغذاء: قد تُخل الأزمات بممارسات النظافة العادية التي يقوم بها الناس. انهض بممارسات نظافة الغذاء التي تلائم الظروف المحلية والأنماط المرضية. وشدد على أهمية تجنب تلوث المياه، ومكافحة الآفات

وغسل الأيدي دائمًا قبل مناولة الغذاء. أبلغ متلقي الغذاء حول تخزين الغذاء بأمان على مستوى الأسرة ⊕ انظر معايير إمداد المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة.

تجهيز الغذاء وتخزينه: يمكّن الوصول إلى مرافق تجهيز الغذاء، مثل مطاحن طحن الحبوب الكاملة، الأفراد من تجهيز الغذاء بطريقة من اختيارهم وكذلك يحفظ الوقت للنشاطات الانتاجية الأخرى. يجب مراعاة وجود مرافق مناسبة لتخزين الغذاء، مثل الأواني المانعة للماء والمبردات والمجمدات، عند تقديم مواد غذائية قابلة للتلف. تؤثر الحرارة والبرودة والرطوبة على تخزين الأغذية القابلة للتلف.

من بين الأفراد الذين قد يحتاجون إلى مساعدة في التخزين والطهي والتغذية الأطفال الصغار وكبار السن وذوي الإعاقة والمصابين بنقص المناعة البشرية. قد تشكل برامج التوعية أو وجود دعم إضافي ضرورة لمن يواجهون صعوبة في تقديم الغذاء لمن يعولوهم، على شاكلة أرباب الأسرة من ذوي الإعاقات.

رصد استخدام الغذاء داخل المنزل: يجب أن تراقب المنظمات الإنسانية وترصد استخدام الغذاء داخل الأسرة وملائمته وكفايته. على مستوى الأسرة، يمكن استهلاك السلع الغذائية حسب الغرض منها أو التجارة بها أو مقايضتها. وقد يكون هدف المقايضة الحصول على مواد غذائية أكثر تفضيلًا أو مواد غير غذائية أو الدفع مقابل خدمات على شاكلة الرسوم المدرسية أو الفواتير الطبية. يجب أن يرصد تقدير تخصيص الغذاء داخل المنزل كذلك استخدام الغذاء حسب الجنس والعمر والإعاقة.

استخدام النقد والقسائم: من المهم التعامل مع خطر الخوف من الشراء عند تلقي الأسر للنقدية أو القسائم. جهز التجار ومتلقي المساعدة قبل التوزيع وأثناء التوزيع وبعد التوزيع. على سبيل المثال، انظر إذا ما كان الغذاء سيتوفر خلال الشهر بالكامل، أو سيكون من الأفضل تقسيم التوزيع على مدار الشهر. ويمكن إصدار القسائم بفئات صغيرة قابلة للاستبدال أسبوعيًا، عند الاقتضاء. ويجب تطبيق نفس المبدأ على النقد الذي يتم استرداد قيمته عن طريق ماكينة الصراف الآلي أو غيرها من أشكال الدفع الرقمي أو اليدوي.

7. سبل العيش

ترتبط قدرة الناس على حماية سبل عيشهم مباشرة مع قابليتهم للتضرر من الأزمة. ويسهل فهم قابلية التضرر قبل الأزمة وخلالها وبعدها من تقديم المساعدة المناسبة، ويكشف كيف يمكن للمجتمعات التعافي وتعزيز سبل عيشها.

يمكن أن تُخل الأزمات بالعديد من العوامل التي يعتمد عليها الناس في الحفاظ على سبل عيشهم. قد يفقد المتضررون من الأزمة وظائفهم أو يتوجب عليهم هجر أراضيهم أو مصادرهم المائية، وكذلك قد تتدمر الأصول أو تتلوث أو تُسرق خلال النزاع أو الكوارث الطبيعية. وقد تتوقف الأسواق عن العمل.

تعد تلبية احتياجات البقاء الأساسية هي الأولوية أثناء المراحل الأولى للأزمة. وعلى الرغم من ذلك ومع مرور الوقت، يمكن أن تساعد إعادة تأهيل النظم والمهارات والمقدرات التي تدعم سبل العيش الناس على التعافي بكرامة. ويمثل تعزيز سبل العيش بين اللاجئين في العادة تحديات فريدة، مثل إقامة المخيمات أو الأطر القانونية والسياسات المقيدة في بلدان اللجوء.

يحتاج منتجو الغذاء الحصول على أراضي ومياه وماشية وخدمات دعم وأسواق يمكنها أن تدعم الانتاج. ويجب أن يمتلكوا الوسائل التي تمكنهم من استمرار الإنتاج دون الإخلال بالموارد أو البشر أو الأنظمة ⊕ انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

يرجح أن يختلف تأثير الأزمة على سبل العيش في المناطق الحضرية عن تأثيرها في المناطق الريفية. وسوف تحدد مكونات الأسرة والمهارات والإعاقات والتعليم درجة احتمال مشاركة الأفراد في النشاطات الاقتصادية المختلفة. وعلى وجه العموم، يتمتع المقيمون في الحضر بمجموعة أقل تنوعًا من استراتيجيات التكيف مع سبل العيش عن نظرائهم في المناطق الريفية. ومثال ذلك في بعض البلدان حيث لا يمكنهم الوصول إلى أراضي لزراعة المحاصيل المنتجة للغذاء.

الجمع بين من خسروا سبل عيشهم ومن يؤثرون على كيفية خلق فرص جديدة قد يساعد في وضع أولويات الاستجابة لسبل العيش. وينبغي أن يبرز هذا عن طريق تحليل العمالة والخدمات وأسواق المنتجات ذات الصلة. يجب أن تضع جميع عمليات التدخل المتعلقة بسبل العيش في اعتبارها كيفية استخدام أو دعم الأسواق المحلية أو كلاهما ⊕ انظر دليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.

معيار سبل العيش 1.7:
الإنتاج الأولي

آليات الإنتاج الأولي تتلقى الحماية والدعم.

الإجراءات الأساسية

1 توفير الوصول إلى المدخلات الإنتاج أو الأصول أو كلاهما للمزارعين.

- فضّل النقدية أو القسائم عندما تكون الأسواق عاملة ويمكن دعمها للتعافي، وامنح المزارعين المرونة في اختيار المدخلات المفضلة أو البذور أو الرصيد السمكي أو أنواع الماشية.
- لا تقدم التكنولوجيات الجديدة بعد الأزمة إلا إذا كانت خضعت للاختبار في السياقات المشابهة أو تم تكييفها معها.

2 قدم المدخلات المقبولة محليًا والمتوافقة مع معايير الجودة المناسبة لأفضل استخدام موسمي.

- فضّل مدخلات الثروة الحيوانية المناسبة محليًا وأصناف المحصول المحلية التي يجري بالفعل استخدامها والمطلوبة في الموسم القادم.

3 تأكد أن المدخلات والخدمات لا تزيد من قابلية تتضرر المتلقين أو تنشر النزاع داخل المجتمع.

- قدر المنافسة المحتملة للموارد الطبيعية النادرة (مثل الأراضي أو المياه) وكذلك الضرر المحتمل للشبكات الاجتماعية القائمة.

4 أشرك الرجال والنساء المتضررين على قدم المساواة في التخطيط واتخاذ القرار والتنفيذ والرصد فيما يخص استجابات الإنتاج الأولي.

5 درب المنتجين المنخرطين في قطاعات الحبوب والأسماك وتربية الأحياء المائية والماشية في الإنتاج المستدام وممارسات الإدارة.

6 قيم السوق وحفز الطلب على المحاصيل والخضروات والمنتجات الزراعية الأخرى المنتجة محليًا.

المؤشرات الأساسية

نسبة التغيير في إنتاج السكان المستهدفين (الغذاء أو مصدر الدخل) بالمقارنة مع سنة عادية

نسبة الأسر التي أبلغت أنهم حصلوا على مرافق تخزين كافية لإنتاجها

نسبة الأسر المستهدفة التي تتمتع بوصول فعلي معزز للأسواق العاملة نتيجة لعمليات تدخل البرنامج

ملاحظات إرشادية

استراتيجيات الإنتاج: يجب أن تتمتع استراتيجيات التدخل بفرصة معقولة للنمو والنجاح في سياقها. ويمكن أن يعتمد هذا على العديد من العوامل تشمل الوصول إلى:

- موارد طبيعية وعمالة ومدخلات زراعة ورأسمال كافي؛
- أصناف بذور ذات نوعية جيدة والتي تناسب الظروف المحلية؛
- حيوانات منتجة، والتي تمثل أصل حاسم للأمن الغذائي ⊕ انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

وعلاوة على ذلك، يجب أن تضع الاستراتيجية في اعتبارها مهارات سبل العيش القائمة والتفضيلات المجتمعية والبيئة المادية واحتمالية التوسع.

عزز تنوع نشاطات سبل العيش داخل المنطقة المحلية، وفي نفس الوقت امنع الاستخدام المفرط للموارد الطبيعية. لا يزيد الضرر البيئي من خطر الأزمة فقط، لكنه يساهم في حدوث توترات بين المجتمعات. يجب أن تعزز عمليات التدخل الخاصة بسبل العيش التكيف مع التغير المناخي قدر الإمكان، وذلك عن طريق اختيار أصناف بذور ملائمة على سبيل المثال.

امنع عمالة الأطفال المقترنة بمبادرات سبل العيش، وانتبه من الأثر غير المباشر لبرامج سبل العيش على الأطفال، مثل التغيب من المدرسة بسبب الحاجة إليهم في دعم المنزل أثناء عمل الوالد(ة).

الطاقة: ضع في اعتبارك احتياجات الطاقة للعمالة المميكنة وتجهيز الغذاء والتواصل وسلاسل التبريد لحفظ الطعام وأجهزة الحرق الفعالة.

التحسينات: انظر في تقديم أصناف محاصيل محسنة أو ماشية أو أنواع مخزون سمكي أو أدوات جديدة أو أسمدة أو ممارسات إدارية ابتكارية، وعزز إنتاج الغذاء المعتمد على الحفاظ على الأنماط السابقة للأزمة أو الروابط مع خطط التنمية المحلية أو كليهما.

التكنولوجيات الجديدة: يجب أن يتفهم المنتجون والمستهلكون المحليون ويقبلوا تطبيق التكنولوجيات الجديدة على أنظمة الإنتاج المحلي والممارسات الثقافية والبيئة الطبيعية قبل اعتمادها. عند تقديم تكنولوجيات جديدة، قدم استشارات ومعلومات وتدريب مناسب للمجتمع، واحرص على الوصول إلى الفئات المعرضة لخطر التمييز (بما يشمل النساء وكبار السن والأقليات وذوي الإعاقة). ونسق مع خبراء الماشية والوزارات الحكومية عند الإمكان، وتأكد من الدعم التكنولوجي المستمر وإمكانية الوصول المستقبلية للتكنولوجيا وقدِر جدواها الاقتصادية.

الائتمان أو المساعدة المتعمدة على النقد: يمكن تقديمها لاستخدامها في معارض البذور والماشية. تفهم العواقب المحتملة للطريقة المختارة على تغذية الناس، مع الأخذ في الحسبان إذا كانت تمكنهم من إنتاج أغذية غنية بالمغذيات بأنفسهم أو إذا كانت توفر النقدية لشراء الغذاء. ثم قيّم جدوى المساعدة القائمة على النقد لشراء مدخلات الانتاج، مع الأخذ في الاعتبار توفر السلع والوصول إلى الأسواق وتوفر آلية تحويل نقدية آمنة وميسورة التكلفة ومراعية للفوارق بين الجنسين ⊕ انظر المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي ودليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

التقلبات الموسمية والسعرية: وفر مدخلات زراعية وخدمات بيطرية تتوافق مع المواسم الزراعية ومواسم تربية الحيوانات ذات الصلة. على سبيل المثال، وفر البذور والأدوات قبل موسم الزراعة. ويجب أن يبدأ السحب من أعداد الماشية خلال الجفاف قبل نفوق الماشية بأعداد مفرطة. كما يجب أن يبدأ السحب من المخزون عندما ترتفع درجة تعافي سبل العيش؛ ومثال ذلك بعد موسم الأمطار التالي. عند الضرورة، قدم أغذية للحفاظ على البذور والمدخلات، واحرص على أن تكون المدخلات مراعية لمختلف القدرات والاحتياجات والمخاطر المتعلقة بالفئات المختلفة، بما يشمل النساء وذوي الإعاقة. تؤثر تقلبات الأسعار الموسمية الشديدة سلبًا على المنتجين الزراعيين الفقراء الذين يبيعون إنتاجهم فورًا بعد الحصاد، في الوقت الذي تكون الأسعار في أدنى مستوياتها. كما تتسبب هذه التقلبات في أثر سلبي على مالكي الماشية الذين يبيعونها أثناء الجفاف. وعلى العكس من ذلك، لا يمكن للمستهلكين ذوي الدخل المحدود في متناولهم تحمل الاستثمار في المخزونات الغذائية، حيث يعتمدون على مشتريات صغيرة غير أنها متكررة. ونتيجة لذلك، فهم يشترون الغذاء حتى عند ارتفاع الأسعار، مثل أوقات الجفاف. (للتوجيه الخاص بالماشية ⊕ انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.)

البذور: يجب أن يعتمد المزارعون وخبراء الزراعة المحليون أصناف خاصة. وينبغي أن تتلاءم البذور مع إيكولوجيا الزراعة المحلية والظروف الإدارية الخاصة بالمزارعين أنفسهم. وكذلك يجب أن تكون مقاومة للأمراض وتتحمل ظروف الطقس القاسي بسبب تغير المناخ. اختبر جودة البذور ذات المنشأ من خارج المنطقة وتحقق من مناسبتها للظروف المحلية، وامنح المزارعين القدرة على الوصول إلى مجموعة من المحاصيل والأصناف عند القيام بأية عملية تدخل متعلقة بالبذور. هذا يمكّنهم من اكتشاف الأفضل لنظامهم الزراعي الخاص. ومثال ذلك، قد يفضل مزارعو الذرة البذور الهجينة للأصناف المحلية. التزم بالسياسات الحكومية فيما يتعلق بالبذور الهجينة، ولا توزع البذور المعدلة جينيًا بدون موافقة السلطات المحلية، وأبلغ المزارعين إن تم تقديم بذور معدلة جينيًا لهم، وشجع المزارعين على شراء البذور من موردين محليين رسميين عند استخدامهم القسائم أو معارض البذور. قد يفضل المزارعون الأصناف التقليدية، والتي تلائم السياق المحلي. وستتوفر تلك الأصناف بسعر أقل، مما يعني حصولهم على المزيد من البذور بنفس قيمة القسيمة.

التوترات المجتمعية والمخاطر الأمنية: يمكن أن تنشأ التوترات بين النازحين والسكان المحليين، أو داخل المجتمع المتضرر، عندما يتطلب الإنتاج تغيرًا في الحصول على الطبيعية المتوفرة. ويمكن أن تؤدي المنافسة

على الأراضي والمياه إلى قيود على استخدامهم. وقد لا يكون إنتاج الغذاء الأولي ذو جدوى في حالة وجود نقص في الموارد الطبيعية الحيوية على المدى الطويل. وكذلك فهو غير مجدي في حالة عدم إمكانية الوصول إلى مجموعات سكانية محددة، على شاكلة من لا يمتلكون أراضي. ويمكن أن يتسبب توفير المدخلات المجانية كذلك في الإخلال بالدعم الاجتماعي التقليدي أو الإخلال بآليات إعادة التوزيع أو التأثير على المشغلين من القطاع الخاص. وقد يُحدث ذلك توترات ويحد من الوصول للمدخلات في المستقبل ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 1.

سلسلة التوريد: استخدم سلاسل التوريد المحلية المتنوعة القائمة بالفعل للحصول على المدخلات والخدمات لإنتاج الغذاء، كما في حالة الخدمات البيطرية والبذور، واستخدم آليات مثل النقد أو القسائم لربط المنتجين الأوليين مباشرة بالموردين وذلك لدعم القطاع الخاص المحلي. عند تصميم أنظمة شراء محلية، ضع في الاعتبار توفر المدخلات المناسبة وقدرة الموردين على زيادة العرض، وقيّم خطر التضخم واستدامة جودة المدخلات. راقب أيضًا التأثيرات السلبية للتدخل على أسعار السوق وخفف منها، بما في ذلك عمليات شراء الطعام والتوزيع الكبيرة، وضع في الاعتبار أثر مشتريات الغذاء المحلية والصادرات على الاقتصادات المحلية. عند العمل مع القطاع الخاص، حدد أوجه عدم المساواة بين الجنسين وعالجها وقسّم أي أرباح بطريقة منصفة ⊕ انظر دليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.

راقب إذا ما كان المنتجون يستخدمون المدخلات المقدمة لهم بالفعل حسب القصد منها. وراجع جودة المدخلات فيما يتعلق بأدائها ومقبوليتها وتفضيل المنتجين. وقم بتقييم كيف أثر المشروع على توفر الغذاء على مستوى الأسرة. على سبيل المثال، انظر في كمية الغذاء وجودته والتي يتم تخزينها أو تناولها أو تبادلها أو التخلي عنها. إذا كان المشروع يهدف إلى زيادة إنتاج نوع معين من الغذاء (المنتجات الحيوانية/السمكية أو البقوليات الغنية بالبروتين) فقم بالتحقق من استخدام الأسر لهذه المنتجات. وأدرج تحليلًا لانتفاع مختلف أفراد الأسرة مثل النساء والأطفال وكبار السن وذوي الإعاقات.

التخزين بعد الحصاد: نسبة كبيرة من الإنتاج (تقدر بمعدل 30 بالمئة) غير قابلة للاستخدام بعد الحصاد بسبب خسارتها. ادعم المتضررين للحد من الخسائر وذلك عن طريق إدارة المناولة والتخزين والتجهيز والتعبئة والنقل والتسويق وغيرها من النشاطات التالية للحصاد. قدم لهم المشورة وادعمهم فيما يخص تخزين حصاهم لتجنب الرطوبة وسموم الفطريات، ومكنهم من تجهيز محاصيلهم، لاسيما الحبوب.

معيار سبل العيش 2.7: الدخل والتوظيف

يمتلك الرجال والنساء إمكانية متساوية لفرص مناسبة لاكتساب الدخل حيثما يكون تحقيق الدخل والتوظيف استراتيجيات مجدية لسبل العيش.

الإجراءات الأساسية

1 أسس القرارات المتعلقة بنشاطات اكتساب الدخل على تقدير للسوق يراعي الجنسين.

- قلل من خطر نقص التغذية وغيره من مخاطر الصحة العامة وذلك عن طريق الحرص بألا تؤدي المشاركة في فرص اكتساب الدخل إلى تقويض رعاية الطفل وغيرها من مسؤوليات العناية.
- تفهم معدلات العمالة لأعضاء المجتمع والحد الأدنى للأجور حسب الحكومة للعمالة الماهرة وغير الماهرة.

2 اختر نوع الدفع (عيني أو نقدي أو قسائم أو غذاء أو مزيج مما سبق) استنادًا على التحليل التشاركي.

- تفهم المقدرات المحلية ومزايا الأمن والحماية والحاجات الماسة والوصول العادل والنظم السوقية القائمة وتفضيلات المتضررين.

3 أسس مستوى الدفع حسب نوع العمل والقواعد المحلية وأهداف استعادة سبل العيش ومستويات الدفع المتفق عليها الشائعة في المنطقة.

- ضع في اعتبارك تدابير شبكة الأمان مثل النقدية غير المشروطة وتحويلات الطعام للأسر التي لا تستطيع المشاركة في برامج العمل.

4 اعتمد بيئات عمل آمنة وحصرية وحافظ عليها.

- ارصد خطر التحرش الجنسي والتمييز والاستغلال وسوء المعاملة في مكان العمل وتجاوب بسرعة مع الشكاوى.

5 عزز المشاركات من القطاع الخاص وغيره من الجهات المعنية وذلك لخلق فرص توظيف مستدامة.

- وفر الموارد الرأسمالية بإنصاف لتسهيل استعادة سبل العيش.

6 اختر الخيارات الملائمة بيئيًا فيما يتعلق بتوليد الدخل ما أمكن.

المؤشرات الأساسية

نسبة السكان المستهدفين الذين حسنوا دخلهم الصافي خلال الفترة المحددة

نسبة الأسر التي لديها إمكانية الوصول إلى الائتمان

نسبة السكان المستهدفين الذين نوعوا نشاطاتهم المولدة للدخل

نسبة السكان المستهدفين الذين جرى توظيفهم (أو عملوا لحسابهم الخاص) في نشاطات مستدامة خاصة بسبل العيش وذلك للفترة المحددة (6-12 شهرًا)

نسبة السكان المتضررين المتمتعين بوصول حقيقي واقتصادي للأسواق العاملة أو غيرها من خدمات دعم سبل العيش (الرسمية وغير الرسمية) أو كلاهما

ملاحظات إرشادية

التحليل: يعد تحليل السوق والعمالة الذي يراعي الفروق بين الجنسين أمرًا أساسيًا لتسويغ النشاطات وتحديدها وتعزيز التعافي والقدرة على التكيف والحفاظ على النتائج. كما يعد تفهم الأدوار والمسؤوليات الأسرية أمرًا أساسيًا للتعامل مع تكاليف أي فرصة، مثل رعاية الأطفال وكبار السن أو الحصول على الخدمات الأخرى على شاكلة التعليم والرعاية الصحية.

استخدم الأدوات الموجودة لفهم النظم الاقتصادية و الأسواق. ويجب أن تستند استجابات الأمن الغذائي على الوظائف السوقية قبل الأزمة وبعدها، وإمكانيتها في النهوض بظروف معيشة الفقراء. ناقش البدائل ووسائل التكيف للفئات المعرضة للخطر (مثل الشباب أو ذوي الإعاقة أو الحوامل أو كبار السن) داخل المجموعة المستهدفة. حلل مهاراتهم وخبراتهم ومقدراتهم والمخاطر المحتملة واستراتيجيات تخفيف الآثار، واستكشف إذا ما كان أفراد الأسرة يهاجرون في العادة للعمل الموسمي، وتفهم كيفية تعرض مختلف مجموعات السكان المتضررين للمنع من الوصول للسوق وفرص سبل العيش، وادعمهم للحصول على إمكانية الوصول.

تدابير شبكة الأمان: قد لا تستطيع بعض النساء والرجال من المشاركة في النشاطات المولدة للدخل، مثل الأزواج المسنين. وقد تجعل الأزمة نفسها من المستحيل على الآخرين المشاركة في التوظيف بسبب التغيرات في المسؤوليات أو بسبب الحالة الصحية. ويمكن أن تقدم تدابير شبكة أمان قصيرة الأجل للدعم في هذه الحالات، مع ربطها بنظم الحماية الاجتماعية الوطنية القائمة. أوص بشبكات أمان جديدة عند الضرورة، ويجب أن يدعم تقديم تدابير شبكة الأمان التوزيع العادل للمصادر، مع الحرص أن تتمتع النساء والفتيات من وصول مباشر للموارد عند لاقتضاء. وفي نفس الوقت، تعاون مع متلقي شبكة الأمان على اكتشاف طرق لنقلهم إلى نشاطات آمنة ومستدامة لتوليد الدخل. ويجب ربط الاستجابات المعتمدة على النقد، عند الإمكان، ببرامج شبكة الأمان القائمة باعتبارها جزءً من استراتيجية الحماية الاجتماعية والاستدامة.

عمليات الدفع: قم بتحليل السوق قبل تطبيق أي برامج للعمل المدفوع. يمكن أن يكون الدفع نقدًا أو بالأغذية أو بالجمع بينهما ويجب أن يمكّن هذا الأسر منعدمة الأمن الغذائي من تلبية احتياجاتهم. أبلغ عن أهداف المشروع وتوقعات المنظمة الإنسانية من العاملين والظروف التي سيعمل الناس بموجبها ومبلغ الدفع وعملية الدفع.

اجعل الدفع حافزًا للناس لتعزيز حالتهم الخاصة، بدلًا من اعتباره تعويضًا عن أي نشاط في المجتمع، وانظر في احتياجات الناس الشرائية وتأثير إعطائهم نقدًا أو الغذاء لخلق دخل منزلي ليسد من احتياجاتهم الأساسية مثل المدرسة والخدمات الصحية والالتزامات الاجتماعية. وقرر بشأن نوع الدفع ومستواه لكل حالة على حدة. قم بالرصد للتأكد من الدفع للرجال والنساء بالتساوي لوحدات العمل المتفق عليها، والتأكد من عدم وجود تمييز ضد أي فئات معينة.

انظر في أثر قيم إعادة البيع على الأسواق المحلية إذا كان الدفع عينيًا ويقدم باعتباره تحويلًا للدخل. ويجب تعزيز نشاطات جديدة لتوليد الدخل بدلًا من استبدال مجموعة مصادر الدخل القائمة. كما ينبغي ألا يكون للدفع أثر سلبي على سوق العمالة المحلي، على شاكلة تسببه في تضخم الأجور أو إغراء العمالة من النشاطات الأخرى أو تقويض الخدمات العامة الأساسية.

القوة الشرائية: قد يكون لتقديم النقد أثر إيجابي مضاعف في الاقتصادات المحلية، إلا أنه قد يسبب تضخمًا لسلع أساسية. وكذلك قد يؤثر توزيع الغذاء على القوة الشرائية لمتلقي المساعدة. و القوة الشرائية المقترنة بأحد الأغذية أو مجموعة من الأغذية سواء قامت أسرة المتلقي بأكل الطعام أو بيعه. بعض السلع (مثل الزيت) أسهل في بيعها مقابل سعر جيد بالمقارنة بغيرها (مثل الغذاء المخلوط). توصل إلى فهم لمبيعات الأسر ومشترياتها من الغذاء عند تقييم الأثر الواسع لبرامج توزيع الغذاء.

السلامة في العمل: استخدم إجراءات عملية للحد من مخاطر الصحة العامة أو إصابات المعاملة. على سبيل المثال، وفر تدريبًا وملابس واقية ومعدات إسعاف أولية، عند الضرورة. قلل من خطر التعرض للأمراض المعدية ومرض نقص المناعة البشرية، وأنشئ مسارات وصول آمنة لمواقع العمل، ووفر مشاعل للعمال إذا لم يكن الطريق مضاء بشكل جيد. استخدم أيضًا الأجراس والصافرات وأجهزة الراديو للتحذير من الأخطار، وشجع الانتقال على شكل جماعات وتجنب الانتقال بعد حلول الظلام. وتأكد أن جميع المشاركين على اطلاع بإجراءات الطوارئ ويمكنهم الوصول إلى أنظمة الإنذار المبكر. يجب حماية النساء والفتيات على قدر المساواة ويجب معالجة أي معايير تمييزية في مكان العمل.

إدارة واجبات الأسرة والمنزل: تحدث بشكل منظم مع المتضررين، بما في ذلك الرجال والنساء بشكل منفصل، للتعرف على تفضيلاتهم وأولوياتهم فيما يتعلق بتوليد الدخل وفرص النقد لقاء العمل والاحتياجات الأسرية والمنزلية الأخرى. وناقش أعباء العمل وأي توترات متزايدة في العمل بسبب التغيرات في الأدوار التقليدية للجنسين وزيادة سيطرة النساء على الأصول.

يجب أن تضع نشاطات العمل لقاء النقد في الاعتبار الظروف البدنية والروتين اليومي للرجال والنساء، ويجب أن تكون ملائمة ثقافيًا. فيجب على سبيل المثال أن تضع في الاعتبار أوقات الصلاة والعطلات العامة. ويجب ألا تفرض ساعات العمل متطلبات تنافسية غير ضرورية فيما يتعلق بوقت الناس. ويجب ألا تغري البرامج المصادر المنزلية بعيدًا عن النشاطات الانتاجية القائمة، ولا يجب أن تؤثر سلبًا على الوصول إلى الوظائف الأخرى أو التعليم. كما ينبغي أن تحترم المشاركة في نشاطات توليد الدخل القوانين الوطنية والحد الأدنى لسن التوظيف. وفي العادة لا يقل هذا السن عن سن إكمال التعليم الإلزامي. في حالة مشاركة قائم على رعاية أطفال صغار في البرنامج فيوصى بوجود مرافق رعاية للطفل مع تخصيصات مالية مناسبة في مواقع العمل.

الإدارة البيئية: دعم المشاركين في نشاطات بيئية على شاكلة زراعة الأشجار وتنظيف المخيم وإعادة التأهيل البيئي من خلال برامج الغذاء والنقد لقاء العمل. على الرغم من أن هذه النشاطات مؤقتة، إلا أنها تزيد من مشاركة الناس في البيئة المحيطة.

ضع في الاعتبار إمكانية الوصول إلى بيئة العمل وسلامتها، وتأكد من أن أي ركام تتم إزالته لا يحتوى على مواد خطرة. يجب ألا تتضمن برامج النقد لقاء العمل أي ترخيص في مواقع صناعية أو مواقع إدارة نفايات.

عزز إنتاج مواد البناء المستدامة بيئيًا باعتبارها نشاطًا مولد للدخل، وقدم التدريب المهني المناسب. وشجع التسميد باستخدام النفايات البيولوجية القابلة للتحلل واستخدامها كسماد ووفر التدريب عليها.

القطاع الخاص: يمكن أن يقوم القطاع الخاص بدور مهم في تسهيل حماية سبل العيش واستعادتها. أسس شراكات لخلق فرص العمل حيثما أمكن. ويمكن أن تساعد هذه الشراكات أيضًا في تأسيس المنشآت المتوسطة والصغيرة والمتناهية الصغر ونموها. كما يمكن أن تقدم حاضنات الأعمال والتكنولوجيا رأس المال والفرص لنقل المعرفة ⊕ انظر المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.

الملحق 1

قائمة تحقق تقدير الأمن الغذائي وسبل العيش

في الغالب تقوم تقديرات الأمن الغذائي بتصنيف المتضررين، وعلى نطاق واسع، إلى مجموعات وفقًا لسبل العيش وحسب مصادرهم واستراتيجياتهم للحصول على الدخل أو الغذاء. وقد يشمل ذلك أيضًا تفصيلًا للسكان حسب مجموعات الثروة أو الطبقة. من المهم مقارنة الحالة الراهنة مع تاريخ الأمن الغذائي قبل الأزمة. استخدم «معدل السنوات العادية» باعتباره خط الأساس، وضع في اعتبارك الأدوار الخاصة للرجال والنساء وقابليتهم للتضرر، وتأثيرات ذلك على الأمن الغذائي لأسرهم.

تغطي نقاط قائمة التحقق التالية مجالات واسعة للنظر بشأنها في تقدير الأمن الغذائي.

الأمن الغذائي لمجموعات سبل العيش

- هل توجد مجموعات في السكان تتشارك نفس استراتيجيات سبل العيش؟ كيف يمكن تصنيف ذلك حسب مصادرهم الرئيسية للغذاء أو الدخل؟

الأمن الغذائي قبل الأزمة (خط الأساس)

- كيف اعتادت مجموعات سبل العيش المختلفة الحصول على الغذاء أو اكتساب الدخل قبل الأزمة؟ بالمقارنة مع سنة متوسطة في الماضي القريب، ماذا كانت مصادرهم للدخل والغذاء؟
- كيف تتباين مصادر الدخل والغذاء المذكورة حسب الموسم والطبيعة الجغرافية على مدار السنة العادية؟ قد يكون من المفيد إنشاء تقويم موسمي.
- هل كانت جميع المجموعات تحصل على غذاء كاف بجودة مناسبة يمكّن من الحصول على تغذية حسنة؟
- هل اعتادت جميع المجموعات اكتساب دخل كاف بطرق غير ضارة لتوفير حاجاتهم الأساسية؟ ضع في اعتبارك الغذاء والتعليم والرعاية الصحية وغيرها من البنود الأسرية والملابس والمدخلات الانتاجية مثل البذور والأدوات. (سوف يشير آخر سؤالين عما إذا كانت هناك مشكلات مزمنة. قد تتسبب المشكلات القائمة في تفاقم الأزمة. وتتأثر الاستجابات المباشرة بحالة المشكلة إذا ما كانت حادة أم مزمنة.)
- بالنظر لآخر خمس أو عشر سنوات، كيف تباين الأمن الغذائي من عام لآخر؟ قد يكون من المفيد إنشاء خط زمني أو تاريخ للأمن الغذائي.
- ما هي الأصول أو المدخرات أو الاحتياطات الأخرى التي تمتلكها مختلف مجموعات سبل العيش؟ الأمثلة تشمل مخزونات الطعام والمدخرات النقدية وممتلكات الماشية والاستثمارات والائتمان والديون غير المطلوبة.
- خلال مدة أسبوع أو شهر، ماذا تشتمل نفقات الأسرة؟ ما هي نسبة الإنفاق على كل بند؟
- من المسؤول عن إدارة النقد في المنزل وعلى أي شيء يُنفق النقد؟
- ما مدى إمكانية الوصول إلى أقرب سوق للحصول على السلع الأساسية؟ انظر بالاعتبار لعوامل مثل المسافة والأمن وسهولة الحركة وتوفر معلومات عن السوق وإمكانية الحصول عليها والانتقالات.
- ما مدى توفر السلع الأساسية، بما فيها الغذاء، وأسعارها؟
- قبل الأزمة، كيف كان معدل فترات التبادل بين الاحتياجات الأساسية للدخل والغذاء؟ على سبيل المثال، الأجور مقابل الغذاء أو الماشية مقابل الغذاء.

الأمن الغذائي خلال الأزمات

- كيف أثرت الأزمة على مصادر الغذاء والدخل المختلفة لكل مجموعة سبل عيش محددة؟
- كيف أثرت على الأنماط الموسمية المعتادة للأمن الغذائي للمجموعات المختلفة؟
- كيف أثرت على إمكانية الوصول إلى مقدمي الخدمة المالية والأسواق وعلى توفر الأسواق وأسعار السلع الأساسية؟
- بالنسبة لمختلف مجموعات سبل العيش، ما هي استراتيجيات التكيف المختلفة مع الأزمة ونسبة الأفراد المنخرطين فيها؟ كيف تغير هذا الوضع بالمقارنة مع الوضع قبل الأزمة؟
- ما هي أكثر المجموعات أو السكان تأثرًا؟
- ما هي الآثار متوسطة وقصيرة الأجل لاستراتيجيات التكيف على الأصول المالية للناس وغيرها من الأصول؟
- بالنسبة لجميع مجموعات سبل العيش، وجميع المعرضين للخطر، ما هي آثار استراتيجيات التكيف: على صحتهم ورفاهيتهم وكرامتهم بشكل عام؟ هل توجد أخطار مرتبطة باستراتيجيات التكيف؟

الملحق 2
قائمة تحقق تقييم أمن البذور

فيما يلي عينة أسئلة لتقييمات أمن البذور. يجب أن يضع تقدير أمن البذور التشريعات الوطنية في الاعتبار فيما يتعلق بالأصناف الهجينة والمعدلة جينيًا.

أمن البذور قبل الأزمة (خط الأساس)

- ما هي المحاصيل الأكثر أهمية للمزارعين؟ لأي غرض يستخدمونها – للاستهلاك أو الدخل أو كلاهما؟ هل تنمو المحاصيل المذكورة في جميع الفصول؟ ما هي المحاصيل التي قد تعد مهمة في أزمنة الشدة؟
- كيف يحصل المزارعون في العادة على البذور وغيرها من مواد الزراعة لمحاصيلهم؟ ضع في اعتبارك جميع القنوات.
- ما هي متغيرات البذر لكل من المحاصيل الرئيسية؟ ما هو معدل المنطقة المزروعة؟ ما هي معدلات البذر؟ ما هي معدلات التزايد (نسب البذور أو الحبوب المحصودة بالمقارنة مع البذور المزروعة)؟
- هل توجد أصناف مفضلة أو مهمة لمحاصيل خاصة (أصناف ملائمة للمناخ المحلي)؟
- ما هي مدخلات الإنتاج الأساسية للمحاصيل أو الأصناف الخاصة؟
- من المسؤول عن اتخاذ القرار وإدارة المحاصيل والتصرف في منتجات المحصول خلال مختلف مراحل الانتاج وبعد الإنتاج في الأسرة؟

أمن البذور بعد الأزمة

- هل تشكل عملية التدخل المرتبطة بالزراعة جدوى من وجهة نظر متلقي المساعدة؟
- ما هي أكثر المحاصيل تأثرًا بالأزمة؟ هل يجب توجيه التركيز لها؟ لمَ أو لمَ لا؟
- هل المزارعون على ثقة باستقرار الوضع وتميزه بالأمن الكافي الذي يمكنهم من بذر المحصول وحصاده وبيعه أو استهلاكه؟
- هل لديهم وصول كافي للحقول ووسائل الانتاج الإنتاج (السماد والأدوات وحيوانات الجر)؟
- هل هم مستعدون لإعادة الانخراط في الزراعة؟

تقييم عرض البذور وطلبها: المخزونات المنزلية

- هل تتوفر كميات كافية من البذور المنتجة منزليا للبذر؟ ويشمل هذا كل من البذور التي حصدها المزارع بنفسه أو البذور التي يمكن توفرها من خلال الشبكات الاجتماعية (الجيران على سبيل المثال).
- هل لا يزال المزارع يرغب في زراعة هذا المحصول؟ هل يتميز بتكيفه مع الظروف المحلية؟ هل ما يزال الطلب عليه قائمًا؟
- هل الأصناف المتوفرة عن طريق الإنتاج الخاص من جانب المزارع لا تزال مناسبة للزراعة في الموسم التالي؟ هل تلبي جودة البذور معايير المزارع العادية؟

تقييم عرض البذور وطلبها: الأسواق المحلية

- هل ما تزال الأسواق عاملة بالرغم من الأزمة (هل تعقد الأسواق في أيامها، وهل يستطيع المزارعون التحرك والبيع والشراء بحرية)؟
- هل يمكن مقارنة أحجام البذور أو الحبوب المتوفرة بتلك المتوفرة في الظروف العادية في نفس الوقت من المواسم السابقة؟
- هل المحاصيل والأصناف التي يعتبرها المزارع ملائمة للزراعة متوفرة في الأسواق؟
- هل يمكن مقارنة الأسعار السوقية الحالية للبذور بالأسعار في نفس الوقت من المواسم السابقة؟ إذا كان هناك فرق سعري، فهل يحتمل أن يشكل المقدار مشكلة للمزارعين؟

تقييم عرض البذور وطلبها: القطاع الرسمي

- هل المحاصيل والأصناف المتوفرة من القطاع الرسمي متكيفة مع المناطق المعرضة لإجهاد خاص؟ هل توجد شهادات سيستخدمها المزارعون؟
- هل البذور المتوفرة من القطاع الحكومي تلبي الطلب الناجم من الأزمة؟ وإن لم يكن، ما هي النسبة التي سوف تلبيها من احتياجات المزارعين؟

الملحق 3
قائمة تحقق تقدير التغذية

فيما يلي عينة أسئلة لتقديرات تفحص الأسباب الرئيسية لنقص التغذية ومستوى الخطر التغذوي واحتمالات الاستجابة. تعتمد الأسئلة على إطار عمل مفاهيمي لأسباب نقص التغذية. ⊕ انظر الأمن الغذائي والتغذية: أسباب نقص التغذية (شكل 7). يرجح توفر المعلومات من عدة مصادر. سوف يحتاج جمعها استخدام أدوات تقدير متنوعة، بما فيها مقابلات المخبر الرئيسي والملاحظة ومراجعة البيانات الثانوية.

وضع ما قبل الطوارئ

ما هي المعلومات الموجودة بالفعل حول طبيعة سوء التغذية ومداها وأسبابها بين المتضررين؟ ⊕ انظر معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 1.1.

الخطر الحالي لنقص التغذية

ما هو خطر نقص التغذية المرتبط بالوصول المحدود للغذاء؟ **⊕ انظر الملحق 1: قائمة تحقق تقدير الأمن الغذائي وسبل العيش.**

ما هو خطر نقص التغذية المرتبط بتغذية الرضع والأطفال الصغار وممارسات الرعاية؟

- هل يوجد تغيير في أنماط العمل والأنماط الاجتماعية (بسبب عوامل مثل الهجرة أو النزوح أو النزاع المسلح) والتي تؤثر على الأدوار والمسؤوليات في الأسرة؟
- هل يوجد تغيير في التكوين الطبيعي للأسر؟ هل يوجد عدد كبير من الأطفال المنفصلين عن ذويهم؟
- هل حدث إخلال ببيئة الرعاية العادية (خلال النزوح على سبيل المثال)، مما يؤثر على الوصول إلى القائمين الثانويين بالرعاية أو الوصول إلى الأغذية أو الوصول إلى المياه؟
- هل يوجد أي رضع لا يتلقون رضاعة طبيعية؟ هل يوجد رضع يتغذون اصطناعيًا؟
- هل توجد أي دلائل أو شكوك عن انحدار ممارسات تغذية الرضع خلال الأزمة؟ على وجه الخصوص، هل حدث انخفاض في بدء الرضاعة الطبيعية أو معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية؟ هل توجد أي زيادة في معدلات الرضاعة الاصطناعية أو أي زيادة في نسبة الرضع الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية أو كليهما؟
- هل يمكن الوصول النظيف إلى أغذية تكميلية مناسبة للعمر وكافية تغذويًا، وكذلك وسائل تجهيزها؟
- هل توجد أي دلائل أو شكوك حول توزيع عام لبدائل حليب الأم، مثل حليب الأطفال الصناعي أو غيره من منتجات الحليب، أو القنينات والحلمات، سواء عن طريق التبرع أو الشراء؟
- هل كانت القطعان بعيدة عن الأطفال الصغار لفترة طويلة في المجتمعات الرعوية؟ هل تغيرت إمكانية الوصول إلى الحليب عن وضعها العادي؟
- هل أثر فيروس نقص المناعة البشرية على ممارسات الرعاية على مستوى الأسرة؟
- هل تم تعديل الحصص الغذائية العامة لتتناسب مع احتياجات كبار السن أو من يعانون من مشكلات في التغذية؟ قيّم محتواها من الطاقة ومكوناتها من المغذيات الدقيقة. وقيّم مقبولية منتجات الغذاء (الاستساغة وقابلية المضغ وقابلية الهضم).

ما هو خطر نقص التغذية المرتبط بضعف الصحة العامة؟

- هل توجد أي تقارير عن تفشي أمراض قد تؤثر على الحالة التغذوية، مثل الحصبة أو مرض الإسهال الحاد؟ هل يوجد خطر لحدوث هذا التفشي؟ ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 1.2.
- ما هو حجم التغطية بالتحصين ضد الحصبة المقدر بين المتضررين؟ ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير صحة الطفل 1.2.2.
- هل يتم إعطاء فيتامين أ بشكل روتيني مع تحصين الحصبة؟ ما الحجم المقدر لتغطية مكملات فيتامين أ؟
- هل توجد أي تقديرات لمعدلات الوفيات (سواء الخام أو دون سن الخامسة)؟ ما هي التقديرات وما هي الطريقة التي استخدمت في إعدادها؟ ⊕ انظر المبادئ الأساسية في الصحة.
- هل يوجد انخفاض كبير في درجة الحرارة المحيطة، أو سوف يوجد، وهو ما يرجح تأثيره على تفشى العدوى التنفسية الحادة أو في متطلبات الطاقة للمتضررين؟
- هل يوجد تفشي واسع لفيروس نقص المناعة البشرية؟
- هل الناس معرضين بالفعل لنقص التغذية بسبب الفقر أو اعتلال الصحة؟
- هل يوجد تكدس أو خطر التفشي الواسع للسل؟
- هل تم التبليغ عن حالات لأمراض غير معدية على شاكلة مرض السكري والتهاب المفاصل وأمراض القلب والأوعية الدموية وفقر الدم؟
- هل توجد نسبة عالية من الملاريا؟
- هل كان الناس في الماء أو ارتدوا ملابس مبللة أو تعرضوا لظروف بيئية قاسية لفترات طويلة؟

ما هي الهياكل المحلية الرسمية وغير الرسمية الموجود حاليًا والتي يمكن توجيه عمليات التدخل المحتملة من خلال قنواتها؟

- ما هي مقدرات وزارة الصحة أو المنظمات الدينية أو مجموعات الدعم المجتمعي أو مجموعات دعم الرضاعة الطبيعية أو المنظمات غير الحكومية ذات الوجود طويل أو قصير الأمد في المنطقة؟
- ما هي عمليات التدخل التغذوية أو الدعم المعتمد على المجتمع التي تم بالفعل القيام بها وتنظيمها من جانب المجتمعات المحلية أو الأفراد أو المنظمات غير الحكومية أو المنظمات الحكومية أو وكالات الأمم المتحدة أو المنظمات الدينية؟ ما هي سياسات التغذية (المنتهية والجارية والمتوقفة)، واستجابات التغذية المزمعة طويلة الأجل والبرامج التي يتم تطبيقها أو تخطيطها كاستجابة للوضع الراهن؟

الملحق 4

قياس سوء التغذية الحادة

في حالات الطوارئ التغذوية الكبيرة، قد يكون من الضرورة إدراج الرضع دون ست أشهر أو الحوامل والمرضعات أو الأطفال الكبار أو المراهقين أو البالغين أو كبار السن في تقديرات تغذية أو برامج تغذية.

الرضع دون ست أشهر

في الوقت الذي تجري فيه الأبحاث لهذه المجموعة العمرية، إلا القليل من الدلائل بشأنها تعتمد على التقدير والإدارة، تنصح معظم التوجيهات بنفس تحديدات حالة مقاييس الجسم البشري للرضع المصابين بسوء التغذية مثل الأطفال الأكبر سنًا في عمر 6-59 شهرًا (باستثناء محيط منتصف الذراع العلوي، والذي لا يوصى به في حاليًا للرضع دون ست أشهر). وتركّز معايير الالتحاق على الحجم الحالي بدلًا من تقييم النمو.

التحول من مراجع نمو المركز الوطني للإحصاءات الصحية إلى معايير نمو منظمة الصحة العالمية للعام 2006 نتج عنه تسجيل العديد من الرضع دون ست أشهر باعتبارهم مصابون بالهزال. وقد ينتج عن ذلك تقديم المزيد من الرضع إلى برامج التغذية، أو يصبح القائم بالرعاية قلقًا حول كفاية الرضاعة الطبيعية الحصرية. من المهم تقييم ما يلي ووضعه في الاعتبار:

- النمو الطولي للرضيع – هل معدل النمو جيد، بالرغم من صغر حجم الجسم (قد يكون بعض الرضع في حالة «زيادة سريعة» بعد ولادتهم بوزن منخفض)؟
- ممارسات تغذية الرضع – هل يعتمد الرضيع على الرضاعة الطبيعية حصريًا؟
- الحالة السريرية – هل يعاني الرضيع من أي مشكلات أو حالات طبية قابلة للعلاج أو قد تضعه في خطر شديد؟
- العوامل المتعلقة بالأم – مثل أن تفتقد الأم الدعم الأسري أو تكون في حالة اكتئاب؟ يجب أن يكون إدخال الرضع للرعاية الداخلية لبرامج التغذية العلاجية ذو أولوية للرضع المعرضين للخطر.

الأطفال في سن 6-59 شهرًا

يعرض الجدول أدناه المعدلات الفاصلة شائعة الاستخدام لسوء التغذية الحاد بين الأطفال في عمر 6-59 شهرًا. احسب مؤشرات الوزن مقابل الطول باستخدام معيار نمو الأطفال لسنة 2006 التابع لمنظمة الصحة العالمية. ويعد المجموع القياسي للوزن مقابل الطول (حسب معايير منظمة الصحة العالمية) مؤشرًا مفضلًا للإبلاغ عن نتائج المسوح الاستقصائية لقياسات الجسم. كما يعد محيط منتصف الذراع العلوي معيارًا مستقلًا لسوء التغذية الحاد ويعد أحد أفضل مؤشرات التنبؤ بالوفيات. وكذلك يُستخدم انتشار المعدل المنخفض لمحيط منتصف الذراع العلوي للتنبؤ بمجموع الحالات للتغذية التكميلية وبرامج الرعاية العلاجية. إن المعدلات الفاصلة المستخدمة هي <11.5 سنتيمتر لسوء التغذية الحاد و11.5-12.5 سنتيمتر لسوء التغذية معتدل الحدة. وكذلك يُستخدم معيار محيط منتصف الذراع العلوي في الغالب، مع معدل فاصل أعلى، كجزء من عملية الفحص ثنائية المراحل. ويجب ألا يُستخدم منفردًا في المسوح الاستقصائية لقياسات الجسم، بالرغم من إمكانية استخدامه باعتباره معيار الإلحاق الوحيد ببرامج التغذية.

	سوء التغذية الحاد العالمي	سوء التغذية معتدل الحدة	سوء التغذية الحاد
الأطفال في سن 6-59 شهرًا	الوزن مقابل الطول <- 2 المجموع القياسي و/أو محيط منتصف الذراع العلوي < 12.5 سم و/أو التورم التغذوي	الوزن مقابل الطول -3 إلى -2 مجموع قياسي و/أو محيط منصف الذراع العلوي 11.5-12.5 سم	الوزن مقابل الطول < -3 مجموع قياسي و/أو محيط منتصف الذراع العلوي < 11.5 سم و/أو التورم التغذوي
كبار السن	محيط منتصف الذراع العلوي 21 سم	محيط منصف الذراع العلوي 18.5-21.0 سم	محيط منتصف الذراع العلوي 18.5سم
الحوامل والمرضعات	محيط منتصف الذراع العلوي <23 سم (قد يكون <21 سم في بعض السياقات)	محيط منصف الذراع العلوي 18.5-22.9 سم	محيط منتصف الذراع العلوي < 18.5سم
البالغون (يشمل المصابون بنقص المناعة البشرية والسل)	مؤشر كتلة الجسم < 18.5	مؤشر كتلة الجسم 16-18.5	مؤشر كتلة الجسم < 16

الأطفال في سن 5-19 سنة

استخدم معايير النمو لسنة 2007 التابعة لمنظمة الصحة العالمية لتحديد حالة التغذية في الأطفال في عمر 5-19 سنة. تتوافق منحنيات البيانات المرجعية للنمو هذه بشكل وثيق مع معايير نمو الأطفال التابعة لمنظمة الصحة العالمية للأطفال في سن 6-59 شهرًا والمعدلات الفاصلة الموصى بها للبالغين. ضع في الاعتبار استخدام معيار محيط منتصف الذراع العلوي في الأطفال الأكبر سنًا والمراهقين، لاسيما في سياقات تواجد مرض نقص المناعة البشرية. وحيث أن هذا المجال الفني في وضع التطور، فمن المهم الاطلاع على أحدث الإرشادات والمستجدات التقنية.

البالغون (20-59 سنة)

لا يوجد تعريف متفق عليه على سوء التغذية الحاد في البالغين، ولكن الدلائل تشير إلى أن المعدل الفاصل لسوء التغذية الحاد قد يكون فيه مؤشر كتلة الجسم أقل من 15 وفي سوء التغذية معتدل الحدة والطفيف يكون المؤشر المذكور أقل من 18.5. يجب أن تهدف المسوح الاستقصائية لسوء التغذية في البالغين إلى جمع بيانات حول الوزن والطول والطول أثناء الجلوس وقياسات محيط منتصف الذراع العلوي. ويمكن استخدام هذه البيانات لحساب مؤشر كتلة الجسم. ويجب تعديل مؤشر كتلة الجسم لمؤشر كورميك (نسبة الطول جالسًا إلى الطول واقفًا) فقط لعمل مقارنات بين السكان. قد يكون لهذه التعديلات آثار معتبرة على التفشي الظاهر لسوء لنقص التغذية في البالغين وقد يكون لها عواقب مهمة على البرمجة. كما يجب أخذ قياسات محيط منتصف الذراع العلوي طوال الوقت. يمكن اكتفاء المسوح الاستقصائي بقياسات محيط منتصف الذراع العلوي فقط في حالة الحاجة العاجلة لنتائج أو كانت الموارد شحيحة.

يتسبب شح بيانات المخرجات الوظيفية المؤكدة والمقارنات المرجعية في تعقيد تفسير نتائج مقاييس الجسم البشري. استخدم معلومات سياقية مفصلة عند تفسيرها. للدليل حول التقدير، ⊕ انظر المراجع والمزيد من المطالعة.

عند فحص الأفراد لإلحاقهم بالرعاية التغذوية وإخراجهم، استخدم مزيج من مؤشرات مقاييس الجسم البشري والعلامات السريرية (لاسيما الضعف وفقدان الوزن في وقت قريب) وكذلك العوامل الاجتماعية (مثل إمكانية الوصول إلى الطعام وتوفر قائم بالرعاية والمأوى). لاحظ أن التورم في البالغين قد ينتج عن عوامل بخلاف سوء التغذية، ويجب على الأطباء السريريين تقييم التورم لاستبعاد الأسباب الأخرى. كما يجب أن تقرر المنظمات الإنسانية المفردة بشأن مؤشر تحديد استحقاق الرعاية، مع الأخذ في الحسبان مواطن ضعف مؤشر كتلة الجسم، وضعف المعلومات حول محيط منتصف الذراع العلوي وآثار البرنامج المترتبة على استخدام المؤشرات. إن هذا المجال الفني في وضع التطور، ومن ثم اطلع على أحدث الإرشادات والمستجدات التقنية.

يمكن استخدام محيط منتصف الذراع العلوي باعتباره أداة فحص للحوامل، على سبيل المثال، وكمعيار للدخول إلى برنامج التغذية. بالنظر إلى احتياجاتهن التغذوية الإضافية، قد تتعرض الحوامل إلى خطر أكبر من مجموعات السكان الأخرى. ولا يتغير محيط منتصف الذراع العلوي بشكل كبير أثناء الحمل. ويشير محيط منتصف الذراع العلوي الأقل من 20.7 سنتيمتر إلى خطر شديد والأقل من 23 سنتيمتر إلى خطر متوسط. كما تختلف نقاط المعدلات الفاصلة للخطر حسب البلد، ولكنها تتراوح من 21 إلى 23 سنتيمتر. اعتبر أن معدل أقل من 21 معدل فاصل مناسب لتحديد النساء المعرضات للخطر أثناء الطوارئ.

كبار السن

لا يوجد تحديد متفق عليه في الوقت الحالي على سوء التغذية في كبار السن، إلا أن تلك الفئة قد تتعرض لخطر سوء التغذية في الأزمات. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن عتبات مؤشر كتلة الجسم للبالغين قد تكون مناسبة لمن تزيد أعمارهم عن 60 سنة. وبالرغم من ذلك، تعد المقاييس الدقيقة معقدة بسبب انحناء العمود الفقري وضغط الفقرات. يمكن استخدام امتداد الذراع أو نصف امتداد الذراع بدلًا عن الطول، إلا أن معامل الضرب لحساب الطول يختلف باختلاف السكان. إن التقديرات البصرية ضرورية. وقد يكون محيط منتصف الذراع العلوي أداة مفيدة في قياس سوء التغذية في كبار السن إلا أن الأبحاث ما تزال جارية حول المعدلات الفاصلة المناسبة.

ذوو الإعاقة

لا توجد إرشادات في الوقت الحالي حول قياسات الأفراد ذوي الإعاقة الجسدية. يتم استبعادهم في العادة من استقصاءات قياسات الجسم بسبب انعدام الإرشادات المذكورة. إن التقديرات البصرية ضرورية. وقد تكون قياسات محيط منتصف الذراع العلوي مضللة في حالات كبر عضلات الذراع العلوي للمساعدة على الحركة. وتوجد بدائل للمعيار تقيس الطول، بما يشمل امتداد الذراع أو نصف امتداد الذراع أو طول الساق. ومن الضروري الاطلاع على آخر الأبحاث لتحديد أكثر الطرق ملاءمة لقياس ذوي الإعاقة والذين يكون الوزن والطول القياسيين وقياسات محيط منتصف الذراع العلوي غير مناسب في حالتهم.

الملحق 5
التدابير الهامة للصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيقة

عالج حالات النقص في المغذيات الدقيقة بشكل عاجل على المستوى الفردي. وفي العادة تشير الحالات الفردية لحالات نقص المغذيات الدقيقة السريرية عن مشكلة كامنة من نقص المغذيات الدقيقة على مستوى السكان. ويعد قياس حالات النقص في المغذيات الدقيقة وتصنيفها على مستوى السكان أمرًا ضروريًا لتخطيط عمليات التدخل ورصدها.

توفر الفحوص البيوكيميائية قياس موضوعي لحالة المغذيات الدقيقة. وعلى الرغم من ذلك، يمثل جمع العينات البيوكيميائية للفحص في الغالب تحديًا على المستوى اللوجستي وتدريب العاملين وسلسلة التبريد وفي بعض الأحيان في المقبولية. وكذلك، فالقياسات البيوكيميائية ليست دائمًا حساسة ومحددة حسب المطلوب. وفي حالة سوء التغذية الحاد، قد تتواجد تباينات حسب الوقت من اليوم أو الموسم الذي يتم جمع العينات فيه. يعد الضبط الجيد للجودة أساسيًا ويجب أن يكون موضع اعتبار طوال الوقت عند اختيار مختبر فحص العينة.

عند تقييم حالة المغذيات الدقيقة، ضع في الاعتبار احتمالية التناول المفرط جنبًا إلى جنب إلى النقص. ويعد هذا موضع اهتمام لاسيما عند استخدام المنتجات عالية التدعيم والمتعددة أو المكملات في إعطاء المغذيات الدقيقة.

حالات النقص في المغذيات الدقيقة لها عواقب وخيمة على صحة كبار السن العقلية والبدنية، وكذلك على نظامهم المناعي وقدراتهم الحركية.

يعرض الجدول التالي تصنيفات مدلول الصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيقة باستخدام المؤشرات المختلفة. اطلع على أحدث الكتابات أو اطلب مشورة متخصص للحصول على معلومات حول الفحوصات البيوكيميائية وعتبات الصحة العامة.

مؤشر النقص في المغذيات الدقيقة	الفئة العمرية الموصى بها لاستقصاءات الانتشار	تعريف مشكلة الصحة العامة	
		الحدة	الانتشار (%)
نقص فيتامين أ			
العشى الليلي (XN)	24–71 شهرًا	خفيف	1 ≥ 0
		متوسط	5 ≥ 1
		حاد	5
بقع بيتو (X1B)	6–71 شهرًا	غير محددة	0.5 <
جفاف القرنية/التقرح/لين القرنية (X2 و X3B وX3A)	6–71 شهرًا	غير محددة	0.01 <
ندبات القرنية (XS)	6–71 شهرًا	غير محدد	0.05 <
سيرم ريتينول (≤ 0.7 ميكرومول/لتر)	6–71 شهرًا	خفيف	10 ≥ 2
		متوسط	20 ≥ 10
		حاد	20

نقص اليود			
تضخم الغدة الدرقية (واضح ومرئي)	الأطفال في سن المدرسة	خفيف	5.0–19.9
		متوسط	20.0–29.9
		حاد	30.0
متوسط تركيز اليود البولي (ملجم/لتر)	الأطفال في سن المدرسة	التناول المفرط	> 300
		التناول المناسب	100–199
		النقص الخفيف	50–99
		النقص المتوسط	20–49
		النقص الحاد	< 20
نقص الحديد			
فقر الدم (هيموجلوبين النساء غير الحوامل < 12.0 جم/ديسي لتر؛ الأطفال في عمر 6-59 شهرًا <11.0 جم/ديسي لتر)	النساء والأطفال 6-59 شهرًا	منخفض	5–20
		متوسط	20–40
		مرتفع	40
البريبري			
العلامات السريرية	إجمالي السكان	خفيف	حالة واحدة و<1%
		متوسط	1–4
		حاد	5
تناول النظام الغذائي (<0.33 ملجم / 1000 كيلو كالوري)	إجمالي السكان	خفيف	5
		متوسط	5–19
		حاد	20–49
وفيَّات الرُّضَّع	الرضع في سن 2-5 شهرًا	خفيف	لا توجد زيادة في المعدلات
		متوسط	ارتفاع طفيف في المعدلات
		حاد	ارتفاع معتبر في المعدلات
بلغرة			
العلامات السريرية (التهاب الجلد) في الفئة العمرية المستقصاة	إجمالي السكان أو النساء > 15 سنة	خفيف	≥ حالة واحدة و<1%
		متوسط	1–4
		حاد	5
تناول مكافئات النياسين في النظام الغذائي < 5 ملجم/يوم	إجمالي السكان أو النساء > 15 سنة	خفيف	5–19
		متوسط	20–49
		حاد	50
عوز فيتامين ج			
العلامات السريرية	إجمالي السكان	خفيف	حالة واحدة و<1%
		متوسط	1–4
		حاد	5

الملحق 6
متطلبات التغذية

استخدم الجدول التالي للتخطيط خلال المرحلة الأولى من الأزمة. يجب استخدام الحد الأدنى من متطلبات التغذية المعروضة في الجدول لتقييم حصص الغذاء العامة. الغرض منها ليس تقييم كفاءة الحصص التكميلية أو حصص الرعاية العلاجية، أو تقييم الحصص الغذائية لفئات محددة من الناس، على شاكلة من يعانون من السل أو المصابين بنقص المناعة البشرية.

المغذية	متطلبات الحد الأدنى للسكان
الطاقة	2100 كيلو كالوري
البروتين	53 جم (10% من إجمالي الطاقة)
الدهون	40 جم (17% من إجمالي الطاقة)
فيتامين أ	550 ميكروجرام مكافئات نشاط الرتينول (RTE)
فيتامين د	6.1 ميكروجرام
فيتامين هـ	8.0 مليجرام مكافئات ألفا توكوفيرول (alpha TE)
فيتامين ك	48.2 ميكروجرام
فيتامين ب1 (ثيامين)	1.1 مليجرام
فيتامين ب2 (ريبوفلافين)	1.1 مليجرام
فيتامين ب3 (نياسين)	13.8 مليجرام مكافئات نياسين
فيتامين ب6 (بيريدوكسين)	1.2 مليجرام
فيتامين ب12 (كوبالامين)	2.2 ميكروجرام
حمض الفوليك	363 ميكروجرام من مكافئات حمض الفوليك الغذائي
بانتوثينات	4.6 مليجرام
فيتامين ج	41.6 مليجرام
الحديد	32 مليجرام
اليود	138 ميكروجرام
الزنك	12.4 مليجرام
النحاس	1.1 مليجرام
سيلينيوم	27.6 ميكروجرام
الكالسيوم	989 مليجرام
المغنسيوم	201 مليجرام

المصدر: مرجع تناول المغذيات منظمة الفاو/منظمة الصحة العالمية (2004)، احتياجات الفيتامينات والمعادن في التغذية البشرية، الطبعة الثانية، حيث تم استخدامها في جميع حسابات متطلبات الفيتامينات والمعادن باستثناء النحاس. يتم أخذ متطلبات النحاس من إصدار منظمة الصحة العالمية لعام 1996 العناصر الضئيلة في التغذية والصحة البشرية.

متطلبات الحد الأدنى لمتوسط السكان المذكور هذه تشمل متطلبات جميع الفئات العمرية وكلا الجنسين. ومن ثم فهي ليست محددة لأي عمر محدد أو نوع جنسي ويجب ألا تستخدم كمتطلبات للأفراد. كما أنها تستند إلى خصائص سكانية مفترضة، وكذلك افتراضها حول درجة الحرارة المحيطة ومستويات نشاط الناس. كما أنها تأخذ في الحسبان الاحتياجات الإضافية للحوامل والمرضعات.

المتطلبات معروضة باعتبارها مرجعًا لتناول المغذيات لجميع المغذيات باستثناء الطاقة والنحاس.

تتوفر تحديثات وأبحاث إضافية حول المغذيات الدقيقة والكبيرة على موقعي منظمة الفاو ومنظمة الصحة العالمية.

اضبط متطلبات الطاقة للسكان (بالزيادة أو النقص) كالتالي:

- التركيبة السكانية للسكان، لاسيما نسبة من هم دون الخامسة، ونسبة الإناث وكبار السن والمراهقين؛
- متوسط أوزان البالغين وأوزان الجسم الفعلية أو العادية أو المرغوبة؛
- مستويات النشاط للحفاظ على حياة منتجة (سوف تزيد المتطلبات في حالة تجاوزت مستويات النشاط المستويات «الخفيفة» أو 1.6 ضعف معدل الاستقلاب الأساسي)؛
- معدل درجة الحرارة المحيطة، والمأوى والملابس (سوف تزيد المتطلبات إذا كان متوسط الحرارة المحيطة يقل عن 20 درجة مئوية)؛
- حالة تغذية السكان وصحتهم (سوف تزيد المتطلبات في حالة معاناة السكان من سوء التغذية وسوف تزيد المتطلبات أكثر في حالة النمو للتعويض. قد يؤثر تفشي فيروس نقص المناعة البشرية على متوسط متطلبات السكان. اضبط الحصص العامة لتبلي هذه الاحتياجات، استنادًا على تحليل السياق والتوصيات الدولية الحالية).

للحصول على الإرشاد بشأن تعديل الحسابات ⊕ ارجع إلى منشورات مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين واليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الصحة العالمية (2002)، واحتياجات الغذاء والتغذية في الطوارئ وبرنامج الأغذية العالمي (2001)، دليل الغذاء والتغذية.

إذا لم يمكن الحصول على هذا النوع من المعلومات من التقديرات، فاستخدم الأرقام الواردة في الجدول أعلاه باعتبارها الحد الأدنى من المتطلبات.

لفهم البنية السكانية، مع تفصيلها حسب الجنس والعمر والمعايير الأخرى حسب الضرورة، استخدم بيانات خط الأساس الوطني أو ارجع إلى التوقعات السكانية في العالم: https://esa.un.org/unpd/wpp/

المراجع ومزيد من المطالعات

عامة

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. http://documents.wfp.org

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking.* Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. http://cpwg.net

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter- Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework.*International Review of the Red Cross, 2001. https://www.icrc.org

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. https://www.unisdr.org

التقييم

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. http://smartmethodology.org

التغذية

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7*. FANTA/AED, 2004.

Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations. Save the Children UK, 2007. https://resourcecentre.savethechildren.net

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

إدارة سوء التغذية الحاد

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and healthconsequences. The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. https://doi.org

المنهجيات التشاركية

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work.* ALNAP, 2014.

إطعام الأطفال والرُضع

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. https://www.unicef.org

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. https://www.ennonline.net

الأطفال

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

الأمن الغذائي

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming.* World Food Programme, 2015. http://documents.wfp.org

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3*. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. http://cleancookstoves.org

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. http://www.fao.org

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2*. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015. https://www.wfp.org

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. http://cleancookstoves.org

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

المساعدة الغذائية

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. https://docs.wfp.org

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. https://reliefweb.int

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. https://reliefweb.int

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. https://documents.wfp.org

التدخلات في البذور

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. https://seedsystem.org

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

الأسواق والمساعدة القائمة على النقد

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. https://www.wfp.org

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

النوع

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

ذوو الإعاقات

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. http://training.unicef.org

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. https://data.unicef.org

سبل العيش

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. http://www.livelihoodscentre.org

البيئة

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

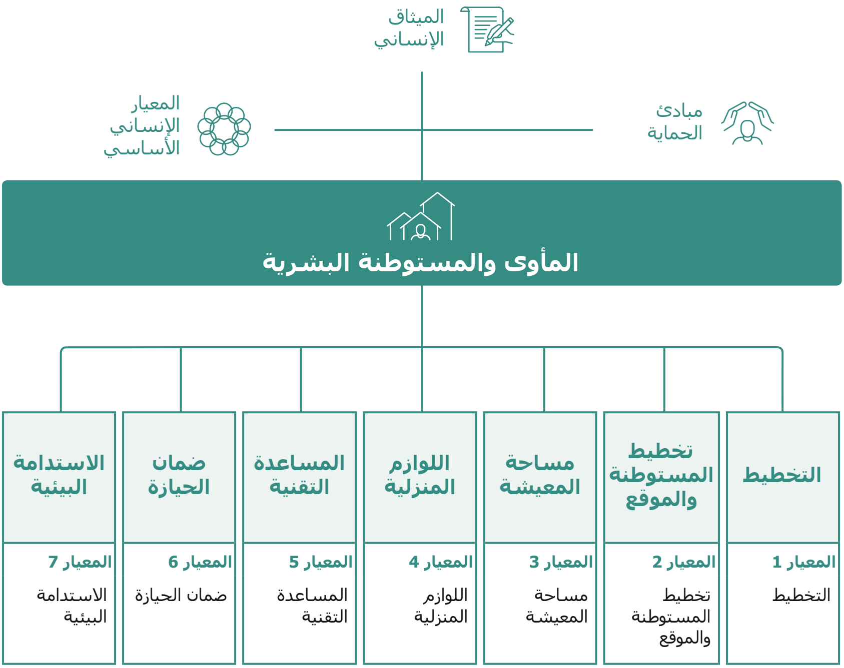
Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. https://mei.chathamhouse.org

مزيد من المطالعات

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

المأوى
والمستوطنة
البشرية



الملحق 1 القائمة المرجعية لتقييم المأوى والمستوطنة البشرية
الملحق 2 وصف سيناريوهات التوطين
الملحق 3 السمات الإضافية لسيناريوهات التوطين
الملحق 4 خيارات المساعدة
الملحق 5 خيارات التنفيذ
الملحق 6 خيارات المساعدة والتنفيذ المحتملة المتصلة بنماذج المستوطنات البشرية (عبر الإنترنت)

المحتويات

المفاهيم الأساسية في المأوى والمستوطنة البشرية

كل فرد لديه الحق في سكن ملائم

تمثل المعايير الدنيا التي أقرها دليل اسفير للمأوى والمستوطنة البشرية تعبيراً عملياً عن الحق في سكن ملائم في السياقات الإنسانية. وترتكز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق الأوسع نطاقًا المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقي المساعدة الإنسانية على أساس الحاجة.

لقائمة بالوثائق القانونية والسياسية الرئيسية التي تتضمن الميثاق الإنساني مع التعليقات التوضيحية للعاملين في المجال الإنساني ⊕ انظر الملحق 1.

ترتبط المآوي والمستوطنات البشرية بعضها ببعض ويجب اعتبارها وحدة واحدة. إن «المأوى» هو مساحة المعيشة الأسرية، ويشمل العناصر الضرورية لدعم الأنشطة اليومية، و «المستوطنة البشرية» هي الأماكن الأوسع نطاقًا التي يعيش فيها الأشخاص والمجتمع.

تهدف عمليات إقامة المأوى والمستوطنة إلى توفير مساحة آمنة للعيش

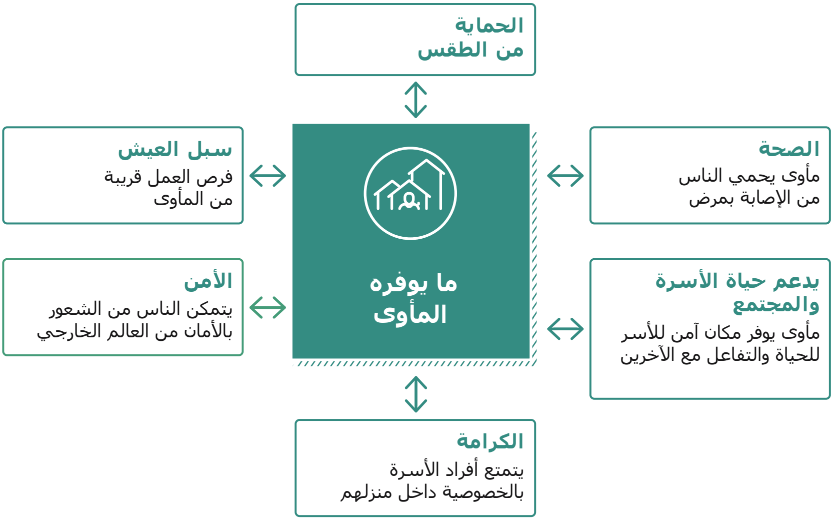
يساهم دعم إقامة المأوى والمستوطنات البشرية في الوقت المناسب في إنقاذ الأرواح في المراحل الأولى من الأزمة. وإضافة إلى إسهام المأوى في توفير الحماية من الطقس، فإن توفير المأوى يعد أمرًا ضروريًا لتعزيز الصحة ودعم الحياة الأسرية والمجتمعية وتوفير الكرامة الأمان والوصول إلى سبل العيش ⊕ انظر الشكل 8 أدناه.

لقد استمر متوسط فترات نزوح السكان في الزيادة على مر السنين. فمع استمرار النزوح لسنوات أو حتى عقود، أصبحت مواقع المآوي والمستوطنات البشرية، فضلًا عن تخطيط الأحياء والمجتمعات التي توجد بها المآوي، مهمة لدعم كرامة السكان المتضررين من الأزمة وتعافيهم.

يجب أن تدعم عمليات توفير المأوى والمستوطنات نقاط القوة الحالية للأسر المتضررة والمجتمعات المحلية والمجتمع المدني والحكومة وتستفيد منها. وهذا يزيد من فرصة تطوير استراتيجيات محلية تشجع السكان المتضررين على الاكتفاء الذاتي والإدارة الذاتية. إن الشعور بالأمان والتماسك الاجتماعي أمرٌ ضروريٌّ لبدء مرحلة التعافي.

لا تقتصر خيارات عمليات إقامة المأوى والمستوطنات البشرية على تسليم الأجهزة ومواد المعيشة أو بناء مأوى وحسب، بل تشمل تقديم الدعم اللازم للحصول على الأرض أو المأوى أو السكن أو اللوازم المنزلية، كما تشمل تقديم المساعدة التقنية وضمان الجودة لتمكين السكان المتضررين وحشدهم من أجل إعادة البناء بشكل أفضل وأكثر أمانًا. ومن الضروري معرفة الإطار القانوني الوطني لقوانين الإسكان والأراضي والممتلكات. ومن المهم أيضًا فهم التشريعات الوطنية للاجئين والإجراءات المرتبطة بها لتحديد وضع الأفراد.

بغض النظر عن شكل الدعم المقدم، من المهم دائمًا احترام هياكل المجتمع الموجودة وتعزيز التماسك الاجتماعي.



أمور يوفرها المأوى (شكل 8)
بعض مهام مأوى الطوارئ المناسب. يجب أن تساعد برامج المأوى العائلات لتلبية هذه الاحتياجات.

تتطلب كل أسرة وكل مجتمع مستويات وأنواع مختلفة من الدعم. يُعد ضمان المكلية والتوثيق المناسب للحالة المدنية مطلبًا أساسيًا للحصول على مأوى آمن. ومع ذلك، في حالات النزاع أو عند وجود قضايا عالقة متعلقة بحيازة الأراضي قد تصبح عملية دعم المأوى معقدة تعقيدًا خاصًا، ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 6: ضمان الحيازة.

تتزايد الحاجة إلى النظر في مسائل التعافي والنزوح على المدى الطويل عند تخطيط المستوطنة البشرية. قد يشكل النزوح ضغطاً على الموارد الموجودة والتي تكون محدودة في كثير من الأحيان، وقد ينتج عنه مزيد من التوترات مع المجتمع المضيف. وتتضمن برمجة الجودة فهمًا ومنعًا وتخفيفًا للتأثيرات البيئية السلبية. إذا لم تؤخذ القضايا البيئية في الاعتبار فقد تصبح برامج الإيواء والتوطين غير فعالة في نهاية المطاف، حيث إنّ النتائج قصيرة الأجل قد تسبب مشاكل جديدة تتطلب المزيد من الاستثمار ⊕ انظر المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية.

تتطلب عمليات إقامة المأوى والمستوطنات في المناطق الحضرية خبرات محددة

قد تكون مساعدة الناس في المناطق الحضرية معقدة بسبب الكثافة السكانية العالية واحتياجات البنية التحتية واللوائح الحكومية والتنوع الاجتماعي داخل المجتمع المحلي. في أثناء الأزمة وما بعدها يصبح التواصل مع السكان كثيري التنقل أمرًا صعبًا، خاصة عندما يتعلق الأمر بإيجاد مساحة كافية للمعيشة. إذا تأثرت البنية التحتية المعقدة تقنيًا (مثل المباني الشاهقة)، فسوف تحتاج المنظمات الإنسانية أيضًا إلى العمل مع ترتيبات الإيجار المعقدة التي تشمل عددًا من المالكين أو المستأجرين أو المستوطنين غير الرسميين.

يتطلب العمل في الأماكن الحضرية توفر خبرة في التخطيط والتصميم الحضري، ومعرفة الحقوق واللوائح والقوانين والسياسات المتعلقة بالإسكان والأراضي والممتلكات. ويُعد الفهم الجيد لأسواق الإسكان والأسواق المالية المحلية أمرًا بالغ الأهمية. كن مستعدًا للمشاركة مع المجتمع المدني والقطاع الخاص. يمكن للقطاع

الخاص المشاركة في تقديم حلول مستدامة تعتمد على السوق. وعليهم الارتكاز أيضًا على المعايير والخدمات المحلية وتجنب إنشاء هياكل موازية. إن تطوير استجابة شمولية على مستوى المستوطنات أو الأحياء أو المناطق يوفر مساهمة مستدامة لرفاه السكان المتضررين في المناطق الحضرية ⊕ أنظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

هناك حاجة إلى النظر في مختلف سيناريوهات التوطين بعد الأزمة

سوف تختلف طريقة عثور الأشخاص المتضررين على المأوى ومكانه وفقًا لقدرتهم على البقاء في أماكنهم أو حاجتهم إلى الانتقال بعيدًا. ويمثل النظر المنهجي في سياق ما بعد الأزمة الخطوة الأولى في تخطيط خيارات المساعدة في توفير المأوى والمستوطنات البشرية. ومن المهم فهم المناهج المختلفة التي قد تكون مناسبة للنازحين، أو من تأثروا بطريقة مباشرة ولكنهم ليسوا نازحين، أو من تأثروا بطريقة غير مباشرة ⊕ انظر الشكل 9 أدناه.

عندما تسمح الظروف، قد يختار الفرد البقاء في مكانه الأصلي بصفته مالك شاغل، أو البقاء في مسكن أو أرض مستأجرة أو مشغولة بصورة غير رسمية. وقد يشمل دعم الأسر غير النازحة ترميم المساكن القائمة أو إعادة بنائها.

ويمكن توزيع السكان النازحين محليًا إلى أماكن أخرى داخل بلد إقامتهم أو عبر الحدود الدولية. وفي مثل هذه الحالات، من المرجح اتجاههم لاستئجار مسكن أو استقرارهم بدون مساعدة أو استضافتهم من قبل الغير. وقد تختار بعض الأسر النازحة التجمع في مسكن جماعي أو مستوطنة مخططة أو مأوى في مستوطنة غير مخططة.

إن فهم الأزمة من خلال سيناريوهات التوطين المذكورة سيساعد في تخطيط استراتيجيات المساعدة، انظر الشكل أدناه. ويشمل ذلك اختيار أكثر أنواع المساعدة فعالية وملاءمة وفقًا لفئات محددة من السكان المتضررين، واختيار طرق تقديم هذه المساعدة. ويجب أن تساهم هذه المساعدة في التعافي تدريجيًا للوصول إلى حلٍ دائم. تتبع المعايير والملحقات المتضمنة في هذا الفصل هذا المنطق، وينبغي استخدامها معًا ⊕ انظر الملحق 2. وصف سيناريوهات التوطين والملحق 3. السمات الإضافية لسيناريوهات التوطين.

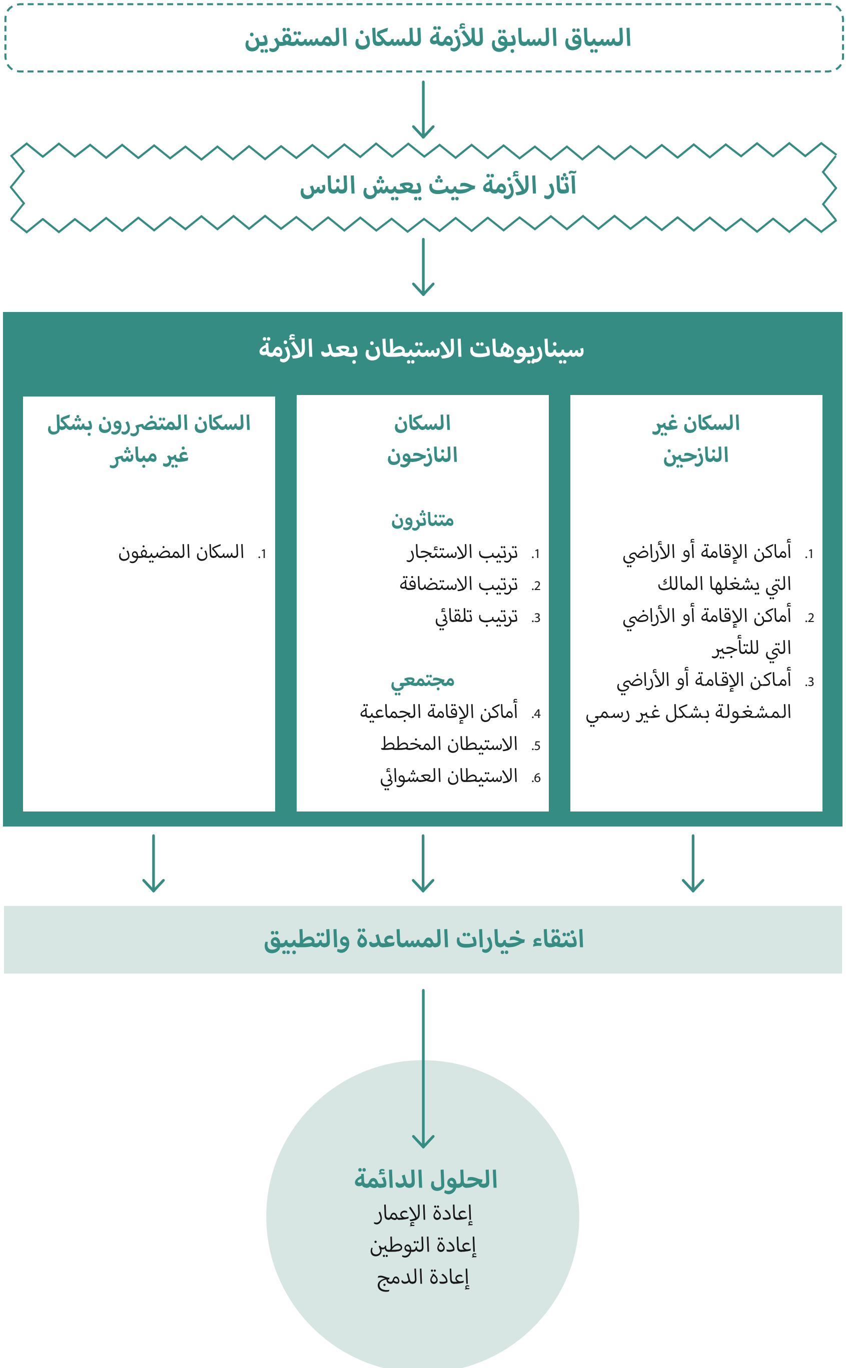
ينبغي ألا تُطبّق هذه المعايير الدنيا بمعزل عن المعايير الأخرى

تعكس المعايير الدنيا في هذا الفصل المحتوى الأساسي للحق في المأوى الملائم والمساهمة في تحقيق هذا الحق تدريجيًا على مستوى العالم.

يرتبط الحق في المأوى الملائم بحقوق الإمداد بالمياه والإصحاح و الغذاء والصحة. ويؤثر التقدم في تحقيق معايير اسفير الدنيا في مجال واحد على التقدم في مجالات أخرى. فلكي تكون الاستجابة فعالة يلزم وجود تنسيق وتعاون وثيق مع القطاعات الأخرى. ويساعد التنسيق مع السلطات المحلية ووكالات الاستجابة الأخرى على ضمان تلبية الاحتياجات وعدم تكرار الجهود وتحسين جودة الأمن الغذائي واستجابات التغذية. تشير الإحالات المرجعية عبر الدليل إلى بعض الروابط المحتملة.

فعلى سبيل المثال، يلزم توفير مرافق ملائمة لإمدادات المياه والإصحاح في المستوطنات البشرية لضمان الحفاظ على صحة السكان المتضررين وكرامتهم. وينبغي توفير أواني الطهي وأدوات الطعام الأساسية والوقود اللازم للطهي لتمكين السكان من استخدام المساعدة الغذائية وتلبية احتياجاتهم الغذائية.

عندما تكون المعايير الوطنية أقل من معايير اسفير الدنيا، ينبغي للمنظمات الإنسانية العمل مع الحكومة من أجل رفعها تدريجيًا.



سيناريوهات التوطين بعد انتهاء الأزمة (الشكل 9)

يحمي القانون الدولي الحق في المأوى الملائم على وجه التحديد

يحمي القانون الدولي حق الحصول على سكن ملائم، أي الحق في العيش في أي مكان بأمان وسلام وكرامة، كما يشمل هذا الحق حريات أخرى، مثل الحق في اختيار مكان الإقامة، ويشمل استحقاقات مثل ضمان الحيازة، ويُكرِّس مبادئ الحماية مثل الحماية من الإخلاء القسري. وتلتزم الدول بضمان هذا الحق عندما لا يتمكن الأفراد أو الجماعات، بما في ذلك اللاجئون والنازحون داخليًا، من الحصول على سكن ملائم، وذلك في أثناء الأزمات أيضًا ⊕ انظر المرفق رقم 1. الأساس القانوني لاسفير.

إن مفهوم «السكن الملائم» يشمل ما هو أكثر من مجرد أربعة جدران وسقف، حيث يؤكد أهمية تضمين نظرة التوطين، والهوية الثقافية، وتوافر الخدمات في عملية الإيواء. ويجب أن توفر المساكن «الملائمة» أو غيرها من أشكال المأوى ضمان الحيازة وأن تكون:

- بأسعار معقولة، مما يسمح للأسرة بالحصول على السلع والخدمات الأساسية الأخرى للعيش بكرامة،
- صالحة للسكن وتحافظ على السلامة الجسدية وتوفر مساحة معيشة محمية وملائمة، ويتوفر بها ماء صالح للشرب، ومرافق الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة (WASH)، وإمكانيات إعداد الطعام وتخزينه،
- مقبولة من الناحية الثقافية،
- مجهزة وسهلة الاستخدام، بما في ذلك للأشخاص الذين يواجهون صعوبات التنقل،
- ذات موقع مناسب يُيسر الوصول إلى سبل العيش والخدمات المجتمعية الأساسية.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

قد تُسبب الأزمات تفاقم عدم المساواة الموجودة من قبل. لذلك من المهم تقديم مساعدة نزيهة ومراعية للسياق، وخاصة لمن يمتلكون أقل قدرة على التعافي من الأزمة بدون مساعدة ⊕ اُنظر مبدأ الحماية رقم 2.

قد يواجه بعض الأشخاص صعوبات في الوصول إلى المساعدة في توفير المأوى والمستوطنات بسبب عوائق مادية وثقافية واقتصادية واجتماعية. ولفهم هذا الأمر ومواجهته عليك الانتباه لما يلي:

- **الوضع القانوني للأفراد** (على سبيل المثال، اللاجئون أو النازحون داخليًا أو عديمو الجنسية أو المهاجرون أو طالبو اللجوء أو المشردون أو غير المُلّاك وغيرهم ممن يحرمون من التمتع بالحريات المدنية ومن الحصول على الخدمات العامة أو شبكات الأمان الاجتماعي)، و
- **الأشخاص الذين يواجهون مخاطر حماية فريدة والمعرضون بصورة خاصة لخطر التمييز والإقصاء الاجتماعي** بسبب:
- عرقهم أو جنسيتهم أو طائفتهم أو انتمائهم للشعب الأصلي أو انتمائهم الديني أو السياسي؛
- وضعهم من حيث الحيازة أو النزوح أو وضع المستوطن غير الرسمي أو وضع المستأجر؛
- موقع المساكن التي يصعب الوصول إليها في المناطق الخطرة والمناطق غير الآمنة والمستوطنات الحضرية أو المستوطنات العشوائية،
- ضعفهم ومكانتهم داخل المجتمع ⊕ اُنظر ما هو اسفير و مبادئ الحماية.

يجب تدريب عاملي الإغاثة على حماية الأطفال ومعرفة كيفية استخدام أنظمة الإحالة عند الاشتباه في حالات العنف أو الإيذاء أو الاستغلال التي قد يتعرض لها الأطفال.

عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسعة الواردة في المعيار الإنساني الأساسي بصفتها جوهرًا لتوفير برنامج المأوى المسؤول والمستوطنة.

1. التخطيط

يعد التخطيط أمرًا بالغ الأهمية للحصول على أفضل نتائج للاستجابة على المستويات الإقليمية والوطنية وعلى صعيد الوكالات أو المجتمعات. ويوفر فهم سياق ما قبل الأزمة وما بعد انتهائها تقييمًا للأثر المباشر وغير المباشر للأزمة على ظروف معيشة الناس وتقييم أي عواقب اجتماعية واقتصادية وسياسية. ويشكل تحديد الاحتياجات ثم وضع خيارات استجابة مناسبة أساسًا جيدًا ومنسقًا لعملية الإيواء.

معيار المأوى والمستوطنة البشريةرقم 1: التخطيط

لقد خُطّطتْ ونُسّقتْ تدخلات توفير المأوى والمستوطنات البشرية تنسيقًا جيدًا للمساهمة في سلامة الأشخاص المتضررين ورفاهيّتهم وتعزيز التعافي.

الإجراءات الأساسية

1. العمل مع السكان المتضررين بالإضافة إلى السلطات الوطنية والمحلية لتقييم احتياجات وإمكانيات المأوى والمستوطنة.
   - تقييم التغييرات من سياق ما قبل الأزمة، وتحديد الاحتياجات والقدرات الفورية للسكان النازحين وغير النازحين والنظر في أي احتياجات محددة للجماعات المعرضة للخطر.
   - تحديد نطاق توفر الأراضي والمباني والشقق والغرف الصالحة للسكن داخل الأسواق المحلية لاستئجار المساكن والأراضي.
2. العمل مع أصحاب المصلحة لتحديد أكثر خيارات المساعدة فعالية وملاءمة وتحديد كيفية تقديمها.
3. وضع خطة لتوفير المأوى والمستوطنات، بالتنسيق مع السلطات المعنية والمجتمعات المتضررة.
   - تقديم مساعدة مخصصة حسب احتياجات وتفضيلات السكان المنكوبين والسلطات المتضررة.
   - تحسين كفاءة التكلفة والجودة التقنية والسرعة والتوقيت ونطاق التنفيذ والقابلية للتكرار.

المؤشرات الأساسية

توفر خطة الإيواء والتوطين الاحتياجات الأساسية للسكان المستهدفين ويتفق عليها السكان والسلطات المعنية.

تشير النسبة المئوية للمتضررين إلى أن المساعدة في توفير المأوى والمستوطنة تعكس احتياجاتهم وأولوياتهم وتساهم في إيجاد حل أكثر استقرارًا.

ملاحظات إرشادية

التقييم: في أثناء التقييم راجع التغييرات التي تطرأ على المأوى والمستوطنة بعد انتهاء الأزمة وأَدْرِجْ مخاطر الحماية المحتملة من البداية. وقد تشمل هذه المخاطر تصورات عن المجتمع المضيف والمخاطر المرتبطة بالوصول إلى المستوطنة، والوصول الآمن إلى الخدمات أو مخاطر تعرض السكان للطرد.

يمكنك النظر في التأثير المباشر وغير المباشر للأزمة على ظروف معيشة الناس، بما في ذلك العواقب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

تؤثر الأزمة على البشر بطرق مختلفة؛ لذلك سيكون لدى الأشخاص المختلفين احتياجات مختلفة بشأن المأوى والمستوطنة. ابدأ العمل مع الجماعات التي قد تواجه عوائق محددة للوصول إلى مأوى، مثل: ذوو الإعاقة، والأسر التي تُعيلها نساء، والمسنون، والأقليات العرقية واللغوية ⊕ اُنظر الملحق 1. القائمة المرجعية لتقييم المأوى والمستوطنة، مبدأ الحماية رقم 2 والتزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 4.

خيارات المساعدة والتنفيذ: حدد أكثر الخيارات فعالية وفقًا للسياق والإمكانات والموارد المتاحة وسيناريو التوطين ومرحلة الاستجابة. ومن العوامل الأخرى التي يجب أخذها في الاعتبار الموقع ونوع السكن (بما في ذلك تقنيات البناء المحلية) وأطر الحيازة والأطر السوقية والقانونية. أَعطِ الأولوية لدعم عودة السكان إلى مسكنهم الأصلي (أو موقع سكنهم) حيثما أمكن ذلك، وقدم المساعدة لمن لا يمكنهم العودة إلى مساكنهم الأصلية أو غير الراغبين في ذلك للوصول إلى خيارات تناسب احتياجاتهم ⊕ اُنظر الملحقات من 2 إلى 6.

حدد جدولًا زمنيًا لتلبية الاحتياجات الفورية، مع الأخذ في الاعتبار الكفاءة والجودة التقنية ونطاق التنفيذ والإمكانات المتوفرة على أرض الواقع والقابلية للتكرار، واستكشف الخيارات المتاحة لزيادة تعافي المجتمعات المحلية على المدى الطويل وتعزيز قدرتها على التكيف على الأزمات المستقبلية.

فكر في طرق مختلفة لتقديم الخيارات المختارة، بما في ذلك:

- الدعم المالي؛
- معونات المواد العينية؛
- أعمال المقاولات\الأعمال التفويضية؛
- المساعدة التقنية\دعم ضمان الجودة؛
- بناء القدرات

راجِعْ مجموعة الخيارات المتاحة وعدِّلها بمرور الوقت على حسب التغيرات التي تطرأ على الوضع القائم.

الأشخاص النازحين: مثلما يحتاج النازحون إلى إيجاد مأوى لهم على الفور، فهم يحتاجون أيضًا إلى دعم خاص لاتخاذ قرارات مدروسة بشأن حلول الإيواء المتاحة لهم. تتضمن أمثلة الدعم توفير معلومات حول احتمالية عودتهم إلى أوطانهم وموعد حدوث ذلك، وكيفية الاندماج في مكان النزوح أو ما إذا كان سيعاد توطينهم في مكان ثالث.

سوف تحتاج **الأسر غير النازحة** إلى تلقي الدعم للعودة إلى ظروف معيشتهم الأصلية، لذلك ينبغي توفير المأوى المناسب لهم. إن كانت عملية إعادة البناء ستستغرق وقتًا طويلًا، أو إذا لم يكن الناس آمنين، فابحث عن خيارات مؤقتة مثل مساعدة الأسرة المضيفة، أو المساعدة في توفير الإيجار، أو توفير مأوى مؤقت أو انتقالي. وإذا أدت الأزمة إلى تغير محيط الأمن والسلامة، فقد يصبح الانتقال ضروريًا.

تعاني **المجتمعات المضيفة** أيضًا من عواقب الأزمة؛ حيث إنها تشارك مساحاتها العامة والخاصة مع النازحين. وتشمل هذه المشاركة مرافق الخدمات مثل: المراكز الصحية أو المدارس أو قيامها بدور الأسر المضيفة. وقد تنشأ منافسة فعلية أو محسوسة مع النازحين على الوظائف والخدمات والبنية التحتية والموارد. وينبغي أن تراعي الحلول تطبيق الدعم العادل والمستهدف الذي لا يخلق مخاطر أو تهديدات إضافية في المجتمع ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 1.

تحليل السوق: يُعد فهم الأسواق المحيطة على الصعيد المحلي والوطني والإقليمي أمرًا ضروريًا لتوفير مأوى عالي الجودة. وسوف ينتج عن ذلك الفهم طرح خيارات لاختيار المأوى بجانب المساهمة في جمع معلومات عن الإيجار وغيرها من الخدمات المتعلقة بالتوطين، ⊕ اُنظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق، دليل المعايير الدنيا لتحليل الأسواق ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.

إزالة الأنقاض: ينبغي بدء إدارة الأنقاض مباشرة بعد الأزمة. ويمكن إعادة استخدام الأنقاض أو إعادة تدويرها أو فصلها أو جمعها أو معالجتها، حيث قد يتيح ذلك فرصًا لتنفيذ برامج النقد مقابل العمل. وتشمل المشكلات الرئيسية وجود أجسام بشرية، ومواقع خطرة هيكليًا، ومواد خطرة. وقد تتطلب عملية إزالة الأنقاض توفر خبرات ومعدات متخصصة، لذلك يجب التخطيط لها مع متخصصين آخرين في القطاع ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية، معايير الصحة معايير إمداد المياه والإصحاح والنظافة.

فرص سبل العيش: تتصل سُبل عيش الناس قبل الأزمة والفرص القائمة بعد الأزمة بتحديد خيارات التوطين. من العوامل التي يمكن أن تؤثر على الأماكن التي يختار الناس العيش فيها، حتى ولو مؤقتًا: توافر الأراضي والوصول الآمن لفرص العمل بقطاع الزراعة والرعي والوصول إلى الأسواق والوصول إلى فرص العمل الأخرى ⊕ اُنظر معايير الأمن الغذائي والتغذية رقم 1.7 و2.7، دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.

العودة: تعد عودة النازحين إلى أراضيهم ومساكنهم هدفًا رئيسيًا لدى معظم الأشخاص المتضررين من الأزمة. وينبغي على الأشخاص المتضررين أن يتمكنوا من تحديد حاجتهم من ناحية إصلاح مساكنهم بأنفسهم أو تحسين مأواهم الحالي. ويمكن دعم عودة النازحين من خلال وضع استراتيجيات المواجهة الجماعية والاحتفاظ بأنماط التوطين والبنية التحتية الراسخة. ومن المهم أيضًا إصلاح البنية التحتية المجتمعية أو إعادة بنائها مثل: المدارس أو شبكات المياه أو العيادات أو الأسواق لتمكين النازحين من العودة. قد يتأخر موعد عودة السكان، أو قد تحول الظروف دون عودتهم ، مثل المخاوف الأمنية، أو القوات المسلحة التي تحتل العقارات أو الأرض، أو استمرار الصراع العنيف، أو التوتر العرقي أو الديني، أو الخوف من الاضطهاد، أو الألغام الأرضية والذخائر غير المنفجرة. وقد تُعرقل قوانين الأرض والملكية أو التقاليد العرفية غير المناسبة أو التمييزية عودة الأسر التي تُعيلها النساء، أو النساء اللاتي ترملن، أو من تيتّموا بسبب الكارثة، أو الأشخاص ذوي الإعاقة. كما أن تعذر اضطلاع السكان النازحين بأنشطة إعادة البناء يمكن أن يثنيهم عن العودة أيضًا.

2. تخطيط الموقع والمستوطنة

على تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية تعزيز مساحات آمنة ومقبولة للمعيشة ويسهل الوصول إليها، وإتاحية الوصول إلى الخدمات الأساسية وسبل العيش وفرص التواصل مع شبكة أوسع نطاقًا.

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2: تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية

تقع المآوي والمستوطنات في مناطق آمنة ومأمونة، وتوفر مساحة كافية وتُيسر الوصول إلى الخدمات الأساسية وسبل العيش.

الإجراءات الأساسية

1. العمل وفقًا لعمليات التخطيط واللوائح الحالية والاتفاق على بنودها مع المجتمعات المضيفة والهيئات ذات الصلة.
   - تحديد موقع أي مستوطنات بشرية جديدة على مسافة آمنة من التهديدات الفعلية أو المحتملة والحد من المخاطر القائمة.
   - النظر في العمر المتوقع للمستوطنة لتحديد الخدمات الأساسية التي قد تحتاج إلى توسيعها أو تطويرها.
2. إشراك مختلف أصحاب المصلحة بما في ذلك جماعات من السكان المتضررين في اختيار الموقع وتخطيط المستوطنة.
   - تحديد العوامل التي يمكن أن تؤثر على الموقع أو تخطيط الموقع، مع الأخذ بعين الاعتبار الجنس والعمر والإعاقة والهوية العرقية أو اللغوية والأدوار والمسؤوليات التي تقع على الجنسين.
   - في المناطق الحضرية يتم العمل باتباع نهج قائم على تحديد المنطقة الجغرافية لفهم ديناميات المجتمع بشكل أفضل.
3. ضمان حصول السكان المتضررين على الخدمات والمرافق الأساسية، بما في ذلك فرص كسب العيش.
   - العمل مع القطاعات الأخرى لتأمين مسافات مقبولة و السفر الآمن (أو التنقل) للوصول إلى الخدمات والمرافق الأساسية.
   - التنسيق مع مقدمي الخدمات لتحديد الأولويات وتوفير الخدمات الأساسية وفرص سبل العيش في أماكن عدم تواجدها.
4. التخطيط لاستغلال الأراضي لتوفير مساحة كافية لجميع المهام، وتيسير الوصول إلى جميع المآوي والخدمات وتنفيذ تدابير السلامة المناسبة في جميع أنحاء المستوطنة البشرية.
   - إدراج تخطيط الموارد المشتركة مثل: مرافق المياه والإصحاح، ووحدات الطهي الجماعية، والمساحات الملائمة للأطفال، ومناطق التجمع، ونقاط توزيع الطعام وتوفير الاحتياجات الدينية
   - التأكد من أن موضع الخدمات الأساسية داخل المستوطنات يتبع معايير السلامة والحماية والكرامة.

5 إدراج تخطيط أماكن تصريف مياه الأمطار ومياه الفيضانات عند اختيار الموقع وتنمية المستوطنة البشرية.

- توفير مرافق مناسبة لتصريف المياه بحيث تبقى جميع مناطق وخدمات السكن خالية من المياه الراكدة، وتظل مصارف مياه العواصف نظيفة.
- توقع أماكن تكاثر نواقل الأمراض وتحجيمها.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للمآوي ومواقع التوطين التي تقع في مناطق ليس بها تهديدات أو أخطار ومخاطر طبيعية أو من صنع الإنسان.

النسبة المئوية للمآوي أو مواقع التوطين التي تتمتع بإمكانية الوصول الآمن إلى الخدمات الأساسية في غضون فترة زمنية أو مسافة مقبولة.

النسبة المئوية لمن يتلقون مساعدات لتوفير المأوى ويشعرون بالأمان إزاء موقع مأواهم أو مستوطنتهم.

النسبة المئوية لمواقع المستوطنات التي توفر مساحة سكنية صالحة للاستخدام لتنفيذ الأنشطة الخارجية الخاصة والعامة المناسبة للسياق

- تخصيص 45 مترًا مربعًا لكل شخص في مستوطنات المخيمات بما في ذلك قطع الأراضي العائلية؛
- تخصيص 30 مترًا مربعًا لكل شخص، بما في ذلك قطع الأراضي العائلية، حيث يمكن توفير الخدمات الجماعية خارج منطقة المستوطنة المخططة؛
- تُمثل أقل نسبة بين المساحة المسقوفة للعيش ومساحة قطعة الأرض 1: 2؛ وتتغير في أقرب وقت ممكن إلى 1: 3 أو أكثر.

ملاحظات إرشادية

عمليات التخطيط ومبادئه: غالبًا ما تقوم الحكومات أو السلطات المحلية بإدخال سياسات جديدة بشأن المناطق التي يُمنع فيها البناء أو المناطق الآمنة أو المناطق العازلة بعد وقوع الأزمة. يجب الدعوة لعمل تخطيط مبنيّ على معرفة المخاطر ووضع خيارات مناسبة للمساعدة. إن «المنطقة التي يُمنع فيها البناء» لا تعني أنها «منطقة تُمنع فيها المساعدات»، ويجب عدم تأجيل عمليات إقامة المأوى والمستوطنات بها.

ينبغي تَفَهُّم وضع ملكية أي أرض أو عقار ⊕ أُنظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 6: ضمان الحيازة.

ينبغي إشراك الأشخاص المتضررين في حساب المساحة وتنظيمها، لدعم الممارسات الاجتماعية والثقافية القائمة. ويجب أيضًا إشراك النساء والفئات المعرضة للخطر في تصميم وتنفيذ تخطيط المأوى والمستوطنات البشرية.

الخدمات والمرافق الأساسية: يحتاج الأشخاص الذين يعودون إلى منازلهم الأصلية وأولئك الذين يعيشون في مواقع أو مستوطنات بشرية مؤقتة إلى توفير الوصول الآمن والعادل للخدمات والمرافق الأساسية، مثل:

- مرافق الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة ⊕ أُنظر معايير الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة،
- حلول الإضاءة المجتمعية والمنزلية،
- مرافق تخزين الطعام ومعالجته (بما في ذلك المواقد والوقود) ⊕ أُنظر معيار تقييم الأمن الغذائي والتغذية رقم 1.1 ومعيار المساعدة الغذائية رقم 4.6،
- مرافق الرعاية الصحية ⊕ أُنظر معيار النظام الصحي رقم 1.1: تقديم الخدمة الصحية،

- التخلص من النفايات الصلبة ⊕ أُنظر معايير إدارة النفايات الصلبة ضمن معايير الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة،
- المدارس ⊕ أُنظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ،
- المرافق الاجتماعية مثل: أماكن العبادة وأماكن الاجتماع والمناطق الترفيهية،
- مكان للدفن مناسب ثقافيًا وإقامة طقوس الدفن فيه،
- مكان لإيواء الماشية (مع عزله بمسافة مناسبة عن المساحات السكنية) ⊕ أُنظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

تخطيط الموقع لإقامة مستوطنة بشرية مؤقتة: يجب أن تستند تخطيطات الموقع إلى مبادئ التصميم الحضري وتخطيط المدن مع ربطها بعناصر مثل: نقاط الوصول والتقاطعات والأماكن العامة. هذه العناصر المتعارف عليها ضمن العوامل المادية والاجتماعية والبيئية والاقتصادية هي التي تشكل الخطة المكانية للمستوطنة الجديدة. يجب أن يدعم تخطيط المستوطنة الشبكات الاجتماعية القائمة، وأن يتيح الفرص لتشكيل شبكات جديدة، والمساهمة في تعزيز السلامة والأمن، وتمكين الأشخاص المتضررين للقيام بالإدارة الذاتية.

ينبغي الحفاظ على خصوصية وكرامة الأسر المنفصلة عند تخطيط قطعة أرض لإقامة مستوطنات مؤقتة. ويجب أن يُفتح كل مأوى لأسرة على مساحة مشتركة أو منطقة محجوبة، وليس على مدخل مأوى آخر. كما ينبغي توفير مناطق معيشة آمنة لكافة الفئات المستضعفة مع تجنب تجميعهم معًا؛ لأن ذلك قد يتسبب في زيادة قابلية تعرضهم للخطر. ويجب أيضًا تجميع العائلات والأسر الممتدة والمجموعات ذات الخلفيات المتشابهة معًا؛ للحفاظ على الروابط الاجتماعية، ومراعاة احتياجات وتفضيلات وعادات مختلف الفئات العمرية والنوعية وفئات ذوي الإعاقة.

المساحة السكنية للمستوطنات المخططة أو المرتجلة: بالنسبة للمستوطنات المخططة تبلغ المساحة الدنيا الصالحة للاستعمال 45 مترًا مربعًا للفرد في مستوطنات المخيمات، بما في ذلك قطع الأراضي العائلية ضمناً. ويشمل ذلك إقامة مساحة للطرق وممرات المشاة، ومناطق للطهي خارجية أو جماعية، ومناطق للتعليم والترفيه، ومرافق الرعاية الصحية، ومرافق الإصحاح، وحواجز كسر الحرائق، والمرافق الإدارية، وخزانات المياه، وتصريف المياه، والمرافق الدينية، ومناطق توزيع الطعام، والأسواق والمخازن، وحدائق صغيرة للأسر الفردية (بخلاف الأنشطة الزراعية أو أنشطة تربية الماشية). وإذا أمكن توفير الخدمات المشتركة عن طريق المرافق القائمة أو الإضافية خارج المستوطنة المخططة، ينبغي أن يكون الحد الأدنى لمساحة السطح 30 مترًا مربعًا للفرد. وإذا تعذر توفير المساحة الدنيا، وجب التركيز على اتخاذ خطوات للتخفيف من آثار الاكتظاظ السكاني. كما ينبغي مراعاة التغيرات في عدد السكان عند تخطيط المستوطنة.

عند العمل في منطقة حضرية، يمكن الاستفادة من الخدمات الموجودة ومن مرافق الإسكان القائمة. ويجب ضمان الفصل التام بين الأسر الفردية والحفاظ على خصوصيتها، وحجز مساحة للمرافق الضرورية.

مساحة الأرض المخصصة للمآوي: يوصى بأن تكون النسبة بين المساحة التي يشغلها المأوى إلى مساحة الأرض 1: 2 أو 1: 3، لإتاحة مساحة كافية لإقامة الأنشطة الخارجية الأكثر أهمية للأسر. ومع ذلك، فإن النسبة التي تقترب من 1: 4 أو 1: 5 هي الأفضل. كما يجب مراعاة المعايير الثقافية والاجتماعية وتوفير المساحة العملية عند تخصيص النسبة.

تصريف مياه الأمطار والفيضانات: يمكن أن يحدّ الصرف السيئ للأمطار أو مياه الفيضانات من مساحات معيشة الناس ويُعيق تنقلهم ووصولهم إلى الخدمات. وبشكل عام فإن اختيار الموقع وتطوير البنية التحتية هو ما يحدد طبيعة أنظمة الصرف واسعة النطاق. تجنب اختيار موقع يقع على السهول الفيضية؛ حيث إنه قد يعرّض سلامة السكان وأمنهم للخطر، لا سيما في الأماكن المزدحمة أو المغلقة. ويشكّل دخول المياه وركودها في بيئات المعيشة والتعلم والعمل تهديدًا عامًا على صحة الناس وكرامتهم وسلامتهم.

ينبغي حماية المراحيض والمجاري من الفيضانات، لتجنب حدوث أضرار هيكلية وتسريب. يرتبط التهديد الرئيسي للصحة العامة بسوء الصرف ويؤدي إلى زيادة الإصابة بأمراض الإسهال نتيجة لملامسة المياه الملوثة.

قد تتسبب المياه التي لا يمكن التحكم فيها في الإضرار بالبنية التحتية والمساكن والممتلكات، وقد تحد من فرص كسب العيش وتسبب مزيد من التوتر للسكان. كما يُهيئ الصرف السيئ الظروف المناسبة لتكاثر نواقل الأمراض ⊕ أُنظر معياري مكافحة نواقل الأمراض أرقام 1.4 و2.4.

إمكانية الوصول: يجب مراقبة حالة الطرق المحلية و مراعاة قرب المستوطنة البشرية من مراكز النقل لتوصيل إمدادات الإغاثة والسلع الأخرى. عند توصيل إمدادات الإغاثة، ينبغي الحرص على عدم إتلاف البنية التحتية للطرق المحلية. كما ينبغي الأخذ في الاعتبار القيود الموسمية ومراعاة المخاطر الأمنية. ويجب تيسير وصول الشاحنات الثقيلة إلى الموقع وإلى أي نقاط رئيسية للتخزين أو لتوزيع الطعام في جميع الأحوال الجوية. كما ينبغي تيسير وصول المركبات الخفيفة إلى المرافق الأخرى، وتوفير طرق ومسارات آمنة داخل المستوطنات وتيسير الوصول إلى جميع المساكن الفردية والمرافق الجماعية في كل الأحوال الجوية، ومراعاة احتياجات الأشخاص الذين يواجهون صعوبات وعوائق التنقل.

الحماية من الحرائق: ينبغي تقييم مخاطر الحرائق قبل بدء تخطيط الموقع، وتوفير حواجز كسر الحرائق بطول 30 مترًا بين كل 300 متر في المناطق المبنية في أماكن المخيمات. ويجب أن تفصل بين المباني مسافة مترين على الأقل، ومن الأفضل أن تكون المسافة الفاصلة ضعف ارتفاع المبنى لتفادي سقوط الهياكل المتهدمة على المباني المجاورة

يجب مراعاة ممارسات الطهي والتدفئة المحلية (مثل نوع المواقد المستخدمة والموقع المفضل)، ومراعاة توفير مواقد آمنة ومعدات السلامة من الحرائق وعقد تدريبات توعية للسكان. يُفضل استخدام مواد البناء واللوازم المنزلية المقاومة للحريق. ويجب إبلاغ المقيمين (بما في ذلك من يواجهون صعوبات التنقل أو عوائق الوصول) بشأن خطط الوقاية من الحرائق وإدارتها وخطط الإخلاء.

الحد من الجريمة: يمكن أن يسهم تصميم المستوطنة في الحد من الجريمة والعنف القائم على الجنس. يجب إذن مراعاة موقع المستوطنة وإمكانية الوصول إلى المآوي والمباني والمرافق، واستخدام الإضاءة الليلية، والمسافة بين المرحاض ومنطقة الاستحمام من المأوى، والمراقبة السلبية من خلال الخطوط البصرية. ويجب تزويد المباني المستخدمة كمراكز جماعية بطرق هروب بديلة.

تغيير مصادر التهديد والمخاطر: ينبغي إجراء تقييمات منتظمة للسياق والمخاطر مع تغير الأوضاع. وقد يشمل ذلك تقييم المخاطر الموسمية، والتغيرات في الوضع الأمني، والذخائر غير المنفجرة الموجودة في الموقع جراء النزاعات السابقة أو الحالية، أو العواقب المترتبة على التغير الديمغرافي.

سلامة المراكز الجماعية والبنية التحتية المجتمعية: ينبغي للأخصائيين التقنيين تقييم الاستقرار الهيكلي للمباني المجتمعية والمراكز الجماعية والهياكل الأخرى في المناطق المأهولة المتضررة من الأزمات، والأخذ في الاعتبار التهديدات الأمنية أو الصحية الفعلية والمحتملة.

دعم سبل العيش: ينبغي مراعاة الأنشطة الاقتصادية السابقة لوقوع الكوارث وفرص سبل العيش المحتملة في سياق ما بعد انتهاء الكوارث. ويجب تحديد الأراضي المتاحة للزراعة والرعي، أو سبل الوصول إلى الأسواق أو فرص العمل المتاحة. تشمل عمليات توفير المأوى والمستوطنات إمكانية توفير فرص عمل محلية، مثل الأدوار المتاحة في مجالات المساعدة التقنية والإمدادات وسوق العمل. كما يجب استخدام برامج التدريب والتعليم المناسبة لتعزيز القدرات المحلية من أجل تحقيق النتائج ضمن إطار زمني محدد ⊕ أُنظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 5 ومعياري الأمن الغذائي والتغذية وسبل العيش 1.7 و 2.7.

التشغيل والصيانة: يجب وضع خطة تشغيل وصيانة مناسبة لضمان التشغيل الفعال للمرافق والخدمات والمرافق العامة (مثل مرافق المياه والإصحاح وتصريف المياه وإدارة النفايات والمدارس). وتشمل العناصر الرئيسية لهذه الخطة المشاركة المجتمعية، وإنشاء مجموعات المستخدمين، وتحديد الأدوار والمسؤوليات، ووضع خطة لاسترداد التكاليف أو تقاسمها.

إيقاف تشغيل المواقع وتسليمها: يمكن أن تساهم التدابير المناسبة لإعادة تأهيل البيئة في تعزيز التجدد الطبيعي للبيئة في المستوطنات المؤقتة وحولها. ويجب أن تتضمن المواقع خطة لإيقاف التشغيل بحيث تُوضع بطريقةٍ مثاليّةٍ عند مرحلة تصميم التدخل ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 7: الاستدامة البيئية.

يضمن تعليم السكان المحليين تقنيات إدارة الأراضي المستدامة تعافي الموقع والبيئة المحلية. استخدام العمالة المحلية في أنشطة الإزالة وإيقاف التشغيل متى أمكن ذلك.

3. مساحة المعيشة

تعد مساحة المعيشة أمرًا مُهمًّا للغاية لرفاه السكان، فهي حاجة إنسانية أساسية، ويحق لكل عائلة أن يكون لها مكان تسكنه وتشعر بالأمان بداخله، وتؤدي فيه مجموعة متنوعة من الأنشطة المحلية الأساسية.

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3:
مساحة المعيشة

يتيسر للسكان الوصول إلى أماكن معيشة آمنة وملائمة، وتتمكن الأسر من ممارسة الأنشطة الأساسية وأنشطة كسب العيش بكرامة.

الإجراءات الأساسية

1. التأكد من أن كل أسرة لديها مساحة معيشة ملائمة لممارسة الأنشطة المحلية الأساسية.
   - توفير مساحة معيشة تستوعب الاحتياجات المتنوعة لأفراد الأسرة من أماكن للنوم وإعداد الطعام وتناول الطعام بما يحترم الثقافة المحلية وأنماط الحياة.
   - إقامة الأسقف والجدران الأساسية للسكان وأصولهم المنزلية ليتوفر لهم الأمن الفيزيائي والكرامة والخصوصية ولحمايتهم من الطقس.
   - توفير الظروف المثلى للإضاءة والتهوية والراحة الحرارية.
2. تأكد من أن المساحة التي تحيط مباشرة بمنطقة المعيشة تدعم الوصول الآمن إلى الأنشطة الأساسية.
   - وتشمل أماكن الطهي والمراحيض والغسيل والاستحمام وأنشطة كسب العيش ومناطق التنشئة الاجتماعية ومساحات اللعب.
3. تشجيع استخدام حلول الإيواء وتقنيات ومواد البناء المقبولة ثقافيًا واجتماعيًا والمستدامة بيئيًا.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للسكان المتضررين الذين لديهم مساحة معيشة ملائمة بداخل المأوى المخصص لهم وحوله لممارسة أنشطتهم اليومية

- تخصيص مساحة دنيا للمعيشة تبلغ 3.5 مترًا مكعبًا لكل فرد، بخلاف مكان للطهي ومكان للاستحمام ومرفق إصحاح.
- تخصيص مساحة معيشة تبلغ 4.5 -5.5 مترًا مكعبًا لكل فرد في المناخ البارد أو المناطق الحضرية وتشمل مكانًا للطهي ومكانًا للاستحمام ومرافق إصحاح.
- يجب ألا يقل الارتفاع الداخلي من الأرض إلى السقف عن مترين (2.6 مترًا في المناخ الحار) في أعلى نقطة.

النسبة المئوية للمآوي التي تلبي المعايير التقنية ومعايير الأداء المتفق عليها والتي تعتبر مقبولة ثقافيًا.

النسبة المئوية لمن يتلقون مساعدة لتوفير المأوى ويشعرون بالأمان في مأواهم

ملاحظات إرشادية

مساحة المعيشة: ينبغي أن تكون مساحة المعيشة كافية لتأدية الأنشطة اليومية مثل النوم وإعداد الطعام وتناوله والغسيل وارتداء الملابس وتخزين الطعام والمياه وحماية الممتلكات المنزلية وغيرها من الأصول الرئيسية. ويجب إتاحة فرص الخصوصية والفصل حسب احتياجات الجنسين ومختلف الفئات العمرية وبين مختلف العوائل ضمن منزل معين وفقًا للمعايير الثقافية والاجتماعية ⊕ اُنظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 2: تخطيط الموقع والمستوطنة.

ينبغي مراعاة أن تكون مساحة المعيشة مناسبة ليتجمع فيها أفراد الأسرة، ولرعاية الرضع والأطفال والمرضى أو المصابين ينبغي إيلاء الاهتمام إلى تغير استخدام المساحة في أثناء النهار والليل، وتخطيط مواقع النوافذ والأبواب والأقسام بما يتيح زيادة استخدام المساحة الداخلية وأي مناطق خارجية مجاورة مثل المطابخ أو مساحات اللعب.

لاستيعاب هذه الأنشطة وممارستها بكرامة، تحتاج المآوي إلى مكان مغلق (به جدران ونوافذ وأبواب وسقف) مع مساحة أرضية كافية، حيث يزيد الاكتظاظ أو التعرض للعناصر الخارجية من خطر تفشي الأمراض أو الأوبئة. وقد تؤدي المساحة الصغيرة إلى التعرض لمخاطر الحماية وتقليل الأمان والخصوصية.

يجب أن تعكس مساحة المعيشة الدنيا المعايير الثقافية والاجتماعية والسياق ومرحلة الاستجابة والتوجيه من جانب السلطات الوطنية أو قطاع الاستجابة الإنسانية. كما يجب مراعاة العواقب المحتملة لاعتماد الحد الأدنى من المساحة المحسوبة (3.5 أمتار مربّعة للشخص الواحد، 4.5 أمتار مربّعة في المناخات الباردة) والاتفاق مع الشركاء على أي تعديلات للتكيف مع التغيرات، والانتقال إلى الحد الأدنى في أسرع وقت ممكن للجميع.

عندما تكون هناك حاجة للعمل بسرعة وإنقاذ الأرواح، فكر في توفير المساعدة الأولية إما:

- لبناء غطاء سقف يؤمن الحد الأدنى من المساحة المعيشية والمتابعة من خلال بناء الجدران والأبواب والنوافذ؛ أو
- لبناء مأوى بمساحة سكنية أصغر والمتابعة مع زيادة المساحة السكنية.

في بعض الحالات قد تفرض القيود المادية معايير المساحة. وقد يُطبق ذلك في المستوطنات المحصورة أو في الأماكن الحضرية المكتظة أو في الظروف المناخية القاسية حيث لا تتوفر مواد الإيواء بسهولة. وتُطبق المساحة الدنيا المشار إليها في مرحلة الطوارئ وفي حلول الإيواء المؤقت أو الانتقالي. عندما تطول مدة الإقامة، يجب إعادة النظر في حسابات المساحة الصالحة للسكن. في مرحلة التعافي، يجب أخذ المعايير المحلية واستراتيجيات الخروج المقبولة بعين الاعتبار.

ينبغي إشراك المجتمعات المحلية والأسر المتضررة قدر الإمكان في تحديد نوع المساعدة التي ينبغي تقديمها. كما ينبغي التشاور مع الأشخاص الذين يقضون المزيد من الوقت في المساحة المسقوفة للعيش والذين يواجهون صعوبات في التنقل أو الوصول. ويجب أيضًا التأكد من تيسير استخدام مساحة المعيشة لذوي الإعاقة ومن يعيشون معهم. قد يحتاج ذوو الإعاقة، لا سيما ذوي الإعاقات الذهنية والنفسية الاجتماعية، إلى مساحة إضافية.

الممارسات الثقافية والسلامة والخصوصية: يجب احترام الممارسات والعادات الموجودة، ومراعاة تأثيرها على استخدام السكان للتقسيمات الداخلية (الستائر والجدران). على سبيل المثال، يُصمّمُ المسكن لاستيعاب ترتيبات النوم لأفراد العائلة الإضافيين من ذوي القربى أو للعائلات المختلفة التي تعيش في المسكن نفسه.

في أماكن الإقامة الجماعية، يمكن توفير مسارات وصول مخططة ومجهزة ومضاءة إضاءةً جيّدةً في أنحاء مساحة المعيشة التي تضم أقسامًا لحجب المساحة الشخصية والأسرية لتوفير الخصوصية والأمان الشخصي.

يُتاح في أماكن الإقامة الجماعية خيار مشاركة مجموعات الأقران في مساحة المعيشة. على سبيل المثال، يُفضل بعض المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية والمتحيرين جنسيًا وثنائيي الجنس العيش مع أصدقائهم وأقرانهم بدلًا من العيش مع أسرهم.

الحماية: تأكد من وجود مسارات خروج متعددة من المسكن وأن المساحات الداخلية مفتوحة على المناطق العامة. **تأكد من أن الموظفين يعرفون طريقة إحالة أي مخاوف تتعلق بالحماية بشأن حوادث الإيذاء أو العنف المنزلي أو العنف أو استغلال الأطفال أو إهمالهم** . غالبًا ما تحتاج النساء والفتيات ومن يحتاجون إلى مساعدة في النظافة الشخصية إلى مساحة إضافية ⊕ انظر معيار نظافة المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة رقم 1.3: النظافة الحيضية ونظافة من يعانون من سلس البول.

عند استخدام أماكن الإقامة الجماعية المؤقتة ينبغي اتخاذ إجراءات محددة لمنع حوادث الاستغلال الجنسي والعنف الجنسي. كما يجب العمل مع أفراد المجتمع لفهم المخاطر ومعالجتها ووضع نظام شكاوى قوي مزود بإجراءات فورية وقابلة للتحقق.

الاعتبارات النفسية والاجتماعية: يجب أن يتضمن تخطيط أماكن الإقامة وتصميمها مساحات مفتوحة للمعيشة المنزلية العامة لزيادة خيارات التنشئة الاجتماعية.

في المناخ الحار والرطب، يجب تحديد اتجاه المأوى وتصميمه بشكل يكفل أفضل تهوية ممكنة ويحول دون دخول أشعة الشمس المباشرة إليه. يساعد علو السقف بدرجة أكبر على تدوير الهواء، كما تساعد المساحة الخارجية المسقوفة المتصلة بالمأوى على تقليل أشعة الشمس المباشرة والحماية من المطر. يجب النظر في تخصيص مساحة خارجية مجاورة تكون مظللة أو مسقوفة لإعداد الطعام والطهي، مع توفير مساحة منفصلة للأنشطة المعيشية الأخرى. وينبغي أن يكون السطح مائلًا من أجل تصريف مياه الأمطار، ومزودًا بسقيفة كبيرة ما عدا في الأماكن المعرضة للرياح الشديدة. ,يجب أن تكون مواد بناء المأوى خفيفة الوزن وذات سعة حرارية منخفضة، مثل الخشب. كما ينبغي رفع الأرضيات لمنع دخول المياه إلى منطقة المعيشة المسقوفة ⊕ اُنظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2 تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية.

في المناخ الحار والجاف، ينبغي أن تكون مواد البناء ثقيلة (مثل الرمل أو الحجارة) لضمان أفضل تبادل حراري ممكن، بما يكفل الاستفادة من الاختلافات في درجة الحرارة بين الليل والنهار. لكن بدلًا من ذلك يمكن استخدام مواد بناء خفيفة الوزن ومزودة بعزل كافٍ. وينبغي إيلاء الاهتمام اللازم لتصميم هياكل المباني الثقيلة في المناطق المعرضة للزلازل. كما يجب توفير أماكن مظللة وجيدة التهوية قدر الإمكان وعندما يكون ذلك مناسبًا. عند توفر المشمّع أو الخيم فقط لإقامة المأوى، ينبغي تزويد هذا المأوى بسقف مزدوج يسمح بمرور الهواء بين طبقتيه بما يكفل حماية المأوى من الحرارة. ويجب إقامة الأبواب والنوافذ بعيدًا عن اتجاه الرياح الحارة السائدة. ويتعيّن توفير مساحة داخلية ملاصقة للجدار الخارجي بدون فجوات للحد من دخول الأتربة ونواقل الأمراض إلى المأوى.

في المناخ البارد، يُفضل استخدام سقف منخفض لتقليل المساحة الداخلية التي تحتاج إلى تدفئة. ويتطلب إنشاء المآوي التي يشغلها سكانها طوال اليوم استخدام مواد بناء ثقيلة الوزن وذات سعة حرارية عالية. ويستحسن استعمال مواد البناء الخفيفة ذات السعة الحرارية المنخفضة والقدرة العازلة المرتفعة في المآوي التي يشغلها السكان في أثناء الليل فقط. وينبغي تقليل تيارات الهواء خاصة حول فتحات الأبواب والنوافذ إلى أدنى حد ممكن لتأمين الراحة الشخصية، مع توفير وسائل التهوية اللازمة لمعدات التدفئة أو مواقد الطهي في الوقت نفسه.

تساعد **التهوية الكافية** في الحفاظ على بيئة داخلية صحية، وتمنع التكثف وتقلل من انتشار الأمراض المعدية، فهي تُحد من تأثيرات الدخان المنبعث من المواقد المنزلية الداخلية والتي يمكن أن تسبب التهابات في الجهاز التنفسي ومشاكل في العين. كما يجب مراعاة توفير التهوية الطبيعية حيثما أمكن ذلك.

مكافحة نواقل الأمراض: يمكن أن تشكل المناطق المنخفضة والأنقاض والمباني الشاغرة أرضًا خصبة للنواقل التي يمكن أن تشكل خطرًا على الصحة العامة. بالنسبة للمستوطنات البشرية الجماعية، يعد اختيار الموقع والتخفيف النشط من مخاطر نواقل الأمراض عاملين رئيسيين للحد من تأثير الأمراض المنقولة بالنواقل ⊕ أُنظر معيار نواقل الأمراض رقم 2.4: الأعمال المنزلية والشخصية لمكافحة النواقل.

4. اللوازم المنزلية

تدعم المساعدات الخاصة باللوازم المنزلية صون الصحة والكرامة والسلامة والاضطلاع بأنشطة محلية يومية داخل المنزل وخارجه. يتناول هذا المعيار لوازم النوم وإعداد الطعام وتخزينه ولوازم الأكل والشرب والراحة الحرارية والإضاءة والملابس الشخصية. ويقدم فصل إمداد المياه والإصحاح والنظافة مزيدًا من التفاصيل حول لوازم مثل الناموسيات والدلاء وأغراض تخزين المياه ولوازم النظافة.

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 4: اللوازم المنزلية

تدعم المساعدات الخاصة باللوازم المنزلية صون الصحة والكرامة والسلامة والاضطلاع بأنشطة محلية يومية داخل المنزل وخارجه.

الإجراءات الأساسية

1. تقييم وضمان الوصول إلى العناصر التي تمكّن الأسر من العودة لممارسة الأنشطة المحلية الأساسية والحفاظ عليها.
   - مراعاة الاحتياجات المختلفة وفقًا للعمر والجنس والإعاقة والممارسات الاجتماعية والثقافية وحجم العائلة.
   - إعطاء الأولوية للوصول إلى لوازم الأنشطة المنزلية والملابس الشخصية والنظافة الشخصية واللوازم الخاصة بدعم السلامة والصحة.
2. تحديد كيفية توفير مساعدات اللوازم المنزلية بفعالية وبشكل مناسب.
   - النظر فيما يمكن الحصول عليه محليًا من خلال المساعدات القائمة على النقد أو المساعدات القائمة على القسائم، وتحديد المشتريات المحلية أو الإقليمية أو الدولية للتوزيع العيني.
   - مراعاة الأمور البيئية المتعلقة بكيفية توضيب العناصر أو تسليمها.
3. يجب رصد توفر اللوازم المنزلية وجودتها واستخداماتها والتكيف مع ذلك حسب الحاجة.
   - ينبغي وضع خطة لتجديد اللوازم في حالات النزوح الممتدة.
   - ينبغي رصد الأسواق المختارة لمعرفة مدى توفر اللوازم وأسعارها وجودتها. ويجب تهيئة طريقة تقديم المساعدة مع تطور الوضع.

المؤشرات الأساسية

امتلاك الأشخاص ما يكفي من الملابس ذات الجودة المناسبة

- توفير مجموعتين من الملابس على الأقل لكل شخص بالمقاس المناسب، وبما يناسب ثقافتهم ويلائم الموسم والمناخ، وتكييفها مع أي احتياجات خاصة.

امتلاك الأشخاص لوازم كافية وذات جودة مناسبة لضمان نوم آمن وصحي

- توفير بطانية واحدة وفراش واحد (حصيرة أرضية، فرشة، غطاء قماشي لسرير النوم) لكل فرد. توفير البطانيات الإضافية أو لوازم العزل الأرضي المطلوبة في المناخ البارد.
- توفير الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول (LLIN) عند الحاجة.

امتلاك الأشخاص لوازم كافية ومناسبة لإعداد الطعام وتناوله وتخزينه

- توفر لكل أسرة أو مجموعة مؤلفة من 4 إلى 5 أفراد: قِدران للطهي بحجم عائلي مزودان بمقابض وأغطية، وحوض واحد لإعداد الطعام أو تقديمه، وسكين مطبخ واحد وملعقتان لتقديم الطعام.
- ويخصص لكل فرد طبق واحد، ومجموعة واحدة من أواني الطعام وأخرى للشرب.

النسبة المئوية للسكان المتضررين الذين يمكنهم الوصول إلى إمدادات طاقة كافية وآمنة وبأسعار معقولة للحفاظ على الراحة الحرارية وإعداد الطعام وتوفير الإضاءة

عدد حوادث الأذى التي يتعرض لها الأشخاص الذين يستخدمون المواقد أو من يخزنون الوقود أو يوردونه

- ينبغي وضع خط أساس وقياس التقدم من 0.

ملاحظات إرشادية

ينبغي توفير **اللوازم المنزلية الأساسية** بكميات كافية وجودة مناسبة من أجل:

- توفير وسائل النوم والراحة الحرارية والملابس الشخصية؛
- تخزين المياه وإعداد الطعام وتخزينه، وتوفير الأكل والشرب؛
- توفير الإضاءة؛
- توفير وسائل الطهي وغلي المياه والتدفئة، بما في ذلك مواد الوقود أو الطاقة ⊕ اُنظر معيار الأمن الغذائي والتغذية رقم 5: الأمن الغذائي العام؛
- توفير لوازم النظافة، بما في ذلك لوازم النظافة الحيضية أو نظافة مرضى السلس البولي ⊕ اُنظر معايير إمداد المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة رقم 2.1 و1.3؛
- الحماية من نواقل الأمراض، على سبيل المثال، شبكات البعوض ⊕ اُنظر معيار مكافحة نواقل الأمراض رقم 2.4؛
- السلامة من النار والدخان.

اختيار اللوازم المنزلية المناسبة: ينبغي توفير اللوازم المنزلية كجزء من خطة شاملة. عند تحديد نوع اللوازم وكميتها وجودتها، حدّد أولويات اللوازم المنقذة للحياة. وينبغي مراعاة ما يلي:

- الأنشطة اليومية الأساسية على المستوى الفردي والأسري والمجتمعي؛
- المعايير الثقافية والملاءمة والتقاليد؛
- قواعد السلامة وسهولة الاستخدام (مع أدنى حد من الإرشادات أو التوجيه التقني)؛
- المتانة ومعدل الاستهلاك والحاجة إلى تجديد اللوازم؛
- الظروف والترتيبات المعيشية الحالية؛
- التوافر المحلي؛
- الاحتياجات المحددة وفقًا لفئات السكان المتضررين، بما في ذلك فئات النساء والفتيات والرجال والفتيان والرضع وكبار السن وذوي الإعاقة وغيرهم من الأفراد والفئات المستضعفة؛
- التأثير البيئي على اللوازم المختارة ⊕ اُنظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية.

السلامة: يجب أن تكون جميع المواد البلاستيكية مصنوعة من البلاستيك الصالح للمواد الغذائية، كما يجب أن تكون جميع السلع المعدنية مصنوعة من الصلب غير القابل للصدأ أو المطلية بالمينا.

ينبغي ضمان الفصل الآمن بين الموقد وعناصر المأوى. ويجب وضع المواقد الداخلية على قاعدة غير قابلة للاشتعال. كما يجب تركيب غطاء غير قابل للاشتعال حول أنبوب المداخن التي يمر منها الدخان من المأوى إلى الخارج. ويتعين وضع المواقد بعيدًا عن المداخل لتيسير الوصول الآمن في أثناء الاستخدام، وتخزين الوقود

على مسافة آمنة من الموقد نفسه، ويجب إبقاء أي وقود سائل، مثل الكيروسين، بعيدًا عن متناول الأطفال والرضع.

يُقصد بالراحة الحرارية أن يشعر الناس بالدفء والجفاف بكل أريحية وأنْ يُوفَّرَ الغطاءُ لهم. وتوفر الملابس والبطانيات والأفرشة الراحة الشخصية للسكان. سوف تساهم حصائر النوم وسخانات الهواء والمبردات في توفير ظروف معيشية مناسبة. يجب اتخاذ جميع التدابير الممكنة على مستوى الأفراد والأسرة لمنع انخفاض حرارة الجسم أو الإصابة بلفحة حرارة.

توفير الوقود والطاقة المنزلية بأسعار معقولة: يُعد الوقود ومصادر الطاقة الأخرى لوازم ضرورية لتوفير الإضاءة والطهي والراحة الحرارية والاتصالات. كما يعتبر جمع موارد الوقود أو الطاقة أو دفع تكاليفها تكلفة متكررة ويجب تخطيطها وفقًا لذلك. ينبغي تعزيز ممارسات الطهي الموفرة للطاقة، بما في ذلك استخدام المواقد الموفرة للوقود، وتحضير الحطب، ومراقبة النار، وإعداد الطعام والطهي المشترك. استشر الأشخاص المتضررين من الأزمة والمجتمع المضيف حول موقع جمع الوقود ووسائل جمعه لمعالجة مشكلات السلامة الشخصية والاستدامة البيئية.

ينبغي توفير الإضاءة الاصطناعية حسب الحاجة للحفاظ على السلامة الشخصية داخل المستوطنات البشرية وحولها حيث لا تتوفر إضاءة عامة. كما يجب استخدام الإضاءة الاصطناعية الموفرة للطاقة إلى جانب أعواد الكبريت والشموع، ومن أمثلتها الصمامات الثنائية الباعثة للضوء (LED) والألواح الشمسية.

وضع برامج للأدوات المنزلية قائم على السوق: ينبغي أن يشكل تقييم السوق للوازم المنزلية جزءًا من تقييم أوسع لنظام السوق. وينبغي توفير اللوازم المنزلية بما يساهم في دعم الأسواق المحلية إن أمكن. ويتعين تحليل الإنفاق على هذه اللوازم كجزء من أنماط الإنفاق المنزلية الشاملة. كما يجب رصد تغير أنماط الإنفاق بمرور الوقت للتكيف معها وإجراء التعديلات اللازمة ⊕ انظر تقديم المساعدة عبر الأسواق.

التوزيع: ينبغي وضع خطط أساليب توزيع فعالة وعادلة بالتشاور مع السلطات المحلية والأشخاص المتضررين. ويجب ضمان إدراج الأفراد أو الأسر المستضعفة في قوائم التوزيع والتأكد من أن بإمكانهم الوصول إلى معلومات التوزيع والتوزيع نفسه. يجب أيضًا اختيار مواقع التوزيع بعناية مع الأخذ في الاعتبار مسافة السير والتضاريس والطرق العملية لنقل البضائع الأكبر حجمًا مثل لوازم دعم المأوى. كما يجب مراعاة تخصيص حاويات لتخزين البضائع الشخصية والمنزلية ونقلها.

مراقبة ما بعد التوزيع: تقييم مدى ملاءمة عملية التوزيع مع اللوازم المنزلية نفسها. في حالة عدم استخدام اللوازم، تُباع في السوق، أو عند حدوث تأخير في الوصول إلى اللوازم يتم تكييف العملية أو المنتجات وفقًا لذلك. كن على دراية بأن الاحتياجات ستتغير بمرور الوقت، ويجب تكييف البرامج مع تلك التغييرات.

5. المساعدة التقنية

تعد المساعدة التقنية جزءًا لا يتجزأ من عمليات توفير المأوى والمستوطنات، فهي تدعم التعافي الذاتي للسكان المتضررين وتُحسن من نوعية المأوى والمستوطنات وأوجه السلامة المرتبطة بها. من الضروري إشراك الأسر أو المجتمعات المتضررة بفاعلية في اختيار مكان إقامتهم، وفي تصميم مأواهم، ومخطط الموقع والمواد، والإشراف على المآوي والمنشآت الأخرى أو وتنفيذها.

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 5: المساعدة التقنية

يمكن للناس الوصول إلى المساعدة التقنية المناسبة في الوقت المناسب.

الإجراءات الأساسية

1. فهم ممارسات التخطيط والبناء لما قبل الأزمة، والمواد والخبرات والقدرات المتاحة.

- التشاور مع الأشخاص المتضررين والأفراد المختصين بالبناء والسلطات المحلية للاتفاق على ممارسات ومواد البناء، ولإيجاد الخبرات المطلوبة لضمان الجودة.

2. إشراك السكان المتضررين والحكومة المحلية والمتخصصين المحليين في عملية البناء ودعمهم.

- الامتثال لقوانين التخطيط والبناء المعمول بها، ومواصفات المواد ومعايير الجودة بما يتناسب مع العمر المستهدف للمأوى والمستوطنة والتدخل بإمداد اللوازم المنزلية.
- تحسين ممارسات البناء وفرص كسب العيش المحلية.

3. تشجيع اتباع ممارسات بناء أكثر أمانًا لتلبية احتياجات المأوى الحالية والحد من المخاطر المستقبلية.

- بالنسبة للبيوت أو المآوي المتضررة أو المهدمة، حدد الأخطار والمخاطر الهيكلية وأسباب أي فشل أو ما قد يفشل في المستقبل.
- يجب التعلم من ممارسات وتقنيات البناء المحلية وتحسينها وابتكار ممارسات وتقنيات جديدة حيثما أمكن؛ مع تيسير نقل المعرفة نقلًا فعالًا لتعزيز ممارسات البناء المناسبة.

4. ضمان سهولة وصول السكان إلى المساعدة التقنية المناسبة.

- يجب مراعاة الحاجة إلى الخبرات المهنية المتخصصة، وكيفية الالتزام بقواعد البناء ومعاييره، وكيفية زيادة القدرات التقنية بين السكان المتضررين.
- ينبغي إيلاء الاهتمام للأشخاص الذين ليس لديهم قدرات أو إمكانات أو فرص للاضطلاع بأنشطة متعلقة بالبناء بطريقة آمنة وسليمة من الناحية التقنية، أو التفاوض على شَغل عقار آمن وسليم من الناحية التقنية.

5. تشكيل إدارة مشاريع ملائمة تُنظم استخدام المواد وعمليات التمويل والعمل والمساعدة التقنية وعمليات الموافقة التنظيمية على المتطلبات لضمان الوصول للجودة المطلوبة.

- متابعة المناقصات والعطاءات والمشتريات والعقود وعمليات إدارة البناء وقواعد السلوك.

- تُشجع استخدام ما يتوفر من الوسائل التكنولوجية والأدوات والمواد المعروفة والمستدامة، وتوظف عمالة محلية لإجراء أعمال صيانة وتحسين المآوي.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للبرامج التي تشترك بها السلطات المحلية لتحديد معايير البناء ورصد أنشطة البناء

النسبة المئوية لأنشطة البناء التي تُظهر المشاركة الفعالة للسكان المتضررين

النسبة المئوية لوحدات الإيواء التي أُعِيدَ بناؤها أو إصلاحها أو تعديلها أو تحديثها أو صيانتها وفقًا لممارسات البناء الآمن المتفق عليها للسياق والمخاطر المحددة

النسبة المئوية للأسر التي أفادت عن حصولها على مساعدة تقنية ملائمة وتوجيه مناسب

ملاحظات إرشادية

المشاركة والتشارك مع الأشخاص: يجب أن تتوافق المشاركة في أنشطة الإيواء والبناء مع الممارسات المحلية القائمة. يمكن لبرامج التدريب وخطط التعليم المهني أن تزيد من فرص مشاركة جميع السكان المتضررين (المتضررون بصورة مباشرة والمجتمع المضيف) في البناء. ويجب توفير فرص المشاركة للنساء وذوي الإعاقة. ويمكن للأشخاص الأقل قدرة على الاضطلاع بمهامّ بدنية المساهمة في تولي أنشطة الإشراف على الموقع وإدارة المخزون والدعم الإداري ورعاية الأطفال أو إعداد الطعام لمن يشاركون في أعمال بالبناء. كما يجب مراعاة أن السكان المتضررين قد يكون لديهم التزامات أُخرى تتعارض مع مشاركتهم. يمكن أن تدعم فرق العمل التطوعية في المجتمع المحلي أو العاملين بعقود جهود الأسر الفردية في البناء، لا سيما تلك التي تتولاها النساء والأطفال وكبار السن وذوو الإعاقة. وتعد هذه المساعدة مهمة؛ لأن هذه الفئات قد تكون عُرضة للاستغلال الجنسي عند طلب المساعدة في البناء.

إشراك الشباب في أنشطة البناء: إن مشاركة الشباب في مشاريع البناء تُكسبهم مهارات قيمة وتبث فيهم مشاعر الثقة وتقدير الذات والترابط مع المجتمع.

يجب التأكد من عدم إشراك الأطفال دون الحد الأدنى لسن العمل في برامج بناء المآوي أو برامج الإيواء التي تستخدم النقد مقابل العمل. ولكن يمكن أن يشارك الأطفال ممن وصلوا للحد الأدنى لسن العمل بين 14 أو 15 سنة إلى 18 سنة بطريقة تناسب سنهم ونموهم. ويجب التأكد من أن مشاركتهم تتوافق مع التشريعات الوطنية في السياق القائم. يجب وضع التدابير المناسبة لضمان الالتزام بالمعايير الدولية وقانون العمل الوطني لرفض عمل الأطفال القاصرين واستغلالهم في أعمال خطرة. كما يجب إحالة أي مشاكل أو أسئلة تثير الشكوك بشأن عمل الأطفال إلى أخصائيي حماية الطفل أو الخدمة الاجتماعية ⊕ أُنظر دليل المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني.

الخبرة المهنية: يجب توفير المشورة بشأن الأمور المتخلقة بتخطيط الموقع والتخطيط المكاني، وتقنيات البناء المحلية، وتقييم الأضرار، والهدم وإزالة الأنقاض، والبناء، وإدارة الموقع، وتقييم مخزون مواد البناء الحالي، وضمان المكلية. ويضمن هذا الأمر وفاء المآوي بالمعايير المعمول بها. كما تعد معرفة المواد وأسواق العمل أمرًا مفيدًا بجانب التعرف على الدعم القانوني والإداري ⊕ أُنظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 6: ضمان الحيازة.

- **الالتزام بقواعد البناء:** يجب التعرف على قواعد البناء المحلية والوطنية التي يتم اتباعها والعمل بها. إن لم توجد مثل هذه القواعد ينبغي الدعوة لاستخدامها والامتثال لها. كما ينبغي أن تعكس هذه القواعد ثقافة الإسكان المحلي، والظروف المناخية، والموارد، وقدرات البناء

والصيانة، وإمكانية الوصول والقدرة على تحمل التكاليف. ويجب التأكد من أن برامج الإيواء تسمح للأسر بتلبية المعايير والقواعد المتفق عليها وتحقيقها، وخاصة في البرامج التي تستخدم المساعدات النقدية لتلبية احتياجات الإيواء. في حال عدم وجود معايير قائمة، يجب وضع معايير دنيا بالتعاون مع السلطات المحلية وأصحاب المصلحة المعنيين (بما في ذلك، الأشخاص المتضررين، حيثما أمكن) لضمان استيفائهم متطلبات السلامة والأداء.

- **زيادة القدرات التقنية:** ينبغي العمل على زيادة القدرة المجتمعية من خلال المساهمة في تدريب السكان المتضررين وتوعيتهم والسلطات المحلية والاختصاصيين المحليين في مجال البناء والعمالة الماهرة وغير الماهرة وملاك الأراضي والخبراء القانونيين والشركاء المحليين.

في المواقع المعرضة للأزمات الموسمية أو الدورية، يجب إشراك اختصاصيين تقنيين وخبراء محليين لديهم خبرة في الحلول المحلية المناسبة أو أفضل الممارسات. يستطيع هؤلاء الأفراد طرح ممارسات البناء والتصميم وتقديم المساعدة لإيجاد حلول مُحسنة.

توريد المواد: يمكن توفير مواد البناء بسرعة حيثما أمكن؛ بحيث يتمكن السكان المتضررون من بناء المآوي بأنفسهم. ويمكن أن تتألف حلول الإيواء من عدة عناصر منفصلة أو في شكل عدة لوازم محددة مسبقاً مع أدوات البناء اللازمة. ينبغي تحديد المواد التي سيتم اختيارها عن طريق إجراء تحليل وتقييم سريع للسوق وتقييم التأثير البيئي.

قد يؤثر شراء المواد محليًا على الاقتصاد المحلي أو القوة العاملة أو على البيئة الطبيعية. وفي بعض الأحيان قد لا تتوفر المواد ذات الجودة المناسبة محليًا. في هذه الأحيان، يمكن الاستعانة بمواد أو عمليات إنتاج بديلة أو نظم إيواء تجارية، ولكن يجب مراعاة تأثير استخدام مواد غير مألوفة لدى الثقافة المحلية. ويجب تجنب استخدام المواد التي تُنتج من خلال استغلال العمال المحليين والأطفال.

المباني العامة الآمنة: ينبغي إنشاء أو إصلاح المباني العامة المؤقتة والدائمة، مثل المدارس والمراكز الصحية بحيث لا تشكل خطرًا على الصحة العامة وتكون مقاومة للكوارث. وينبغي أن تمتثل مثل هذه المرافق إلى معايير البناء وإجراءات الموافقة. كما يجب ضمان السلامة وإمكانية الوصول للجميع، بما في ذلك الأشخاص الذين يواجهون صعوبات التنقل والتواصل (يمكن التنسيق مع المنظمات التي تمثل ذوي الإعاقة حيثما أمكن). يجب التشاور مع السلطات المختصة عند إصلاح وبناء هذه المباني، ووضع استراتيجية تشغيل وصيانة معقولة.

إدارة عمليات الشراء والبناء: يجب وضع جدول زمني للبناء يتضمن المعالم الرئيسية المستهدفة مثل مواعيد البدء والانتهاء، ومواعيد نقل النازحين ومدتها. وينطبق ذلك سواء كانت إدارة عملية البناء تتم بواسطة المالك أو المقاول. وينبغي أن يتضمن الجدول الزمني البداية المتوقعة للطقس الموسمي، ويشمل خطة طوارئ للحوادث غير المتوقعة. كما يجب إنشاء نظام لإدارة عملية البناء ومراقبتها للإشراف على المواد وعلى العمل والموقع. وينبغي أن تتولى هذه الإدارة شؤون التوريد والشراء والنقل والمناولة والإدارة في جميع مراحل عملية البناء.

ينبغي توظيف العمالة المحلية قدر الإمكان لزيادة مجموعة المهارات ودعم سبل عيش الأشخاص المتضررين. كما يجب توظيف المهنيين الاختصاصيين (مثل المهندسين والمهندسين المعماريين ومصممي المناطق الحضرية ومديري التعاقدات أو المحامين) لتنفيذ مهام محددةٍ.

تأكد من معالجة المخاوف البيئية، وينبغي تشجيع إعادة الاستخدام المواد التي لم يلحق بها ضرر بصورة مقبولة اجتماعيًا، عندما يمكن توثيق حقوق هذه المواد وجودتها ⊕ اُنظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية.

تحسين المأوى وصيانته: عادة ما توفر الاستجابات الأولية لإقامة المأوى الحد الأدنى من المساحة المسقوفة أو المغلقة للعيش. ومع ذلك ينبغي أن تمكِّن أساليب ومواد البناء الأولية الأسر من صيانة المأوى أو تهيئته أو

تحسينه لتلبية احتياجاتهم على المدى الطويل. ويجب أيضًا تنفيذ عمليات التهيئة بأمان؛ باستخدام أدوات ومواد معروفة ومتوفرة محليًا وبأسعار معقولة حيثما أمكن ذلك.

الأدوات المشتركة: يجب وضع إجراءات تحدد كيفية استخدام الأدوات واللوازم الجماعية أو ذات الاستخدام المشترك وكيفية صيانتها وتخزينها بأمان.

6. ضمان الحيازة

يعني ضمان الحيازة أن يستطيع الناس العيش في منازلهم دون الخوف من الإخلاء القسري، سواء في حالات المستوطنات الجماعية أو المستوطنات غير الرسمية أو المجتمعات المضيفة أو في حالات ما بعد العودة. وهو يعد أساسًا للحق في سكن ملائم والعديد من حقوق الإنسان الأخرى. وفي المجال الإنساني قد يكون النهج التدريجي هو الأنسب، وهو النهج الذي يعترف بإمكانية دعم النازحين لتحسين ظروفهم المعيشية في أنواع السكن المختلفة. لا يعني ذلك منح أولوية توفير المساعدات للمالكين، كما أنه لا يؤدي بالضرورة لنقل الملكية أو حق البقاء. وتعمل الجهات الفاعلة في المأوى على تطوير فهم مصطلح «آمن بما يكفي» لأغراض تصميم خيارات المأوى التي تدعم الفئات الأكثر ضعفًا وانعدامًا للحيازة. لمزيد من المعلومات حول العناية الواجبة ومفهوم «آمن بما يكفي» ⊕ أنظر المراجع: باين ودوراند-لاسيرف (2012).

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 6:
ضمان الحيازة

يمتلك السكان المتضررون ضمان الحيازة في خيارات الإيواء والتوطين الخاصة بهم.

الإجراءات الأساسية

1 ينبغي إيلاء العناية الواجبة في تصميم البرامج وتنفيذها.

- يجب تحقيق أكبر قدر ممكن من التأكد القانوني بشأن الحيازة (نهج «آمن بما فيه الكفاية») في ضوء السياق والقيود.
- يجب التنسيق والعمل مع السلطات المحلية والاختصاصيين القانونيين والمنتديات المشتركة بين الوكالات.

2 فهم الإطار القانوني والواقع القائم.

- يجب تخطيط نظم وترتيبات الحيازة الخاصة بالسيناريوهات المختلفة للإيواء والتوطين بعد انتهاء الأزمة، وتحديد مدى تأثير ذلك على الجماعات الأكثر عرضة للخطر.
- يجب العمل مع السلطات المحلية لمعرفة اللوائح التي سيتم العمل بها والتي لن يتم العمل بها والأطر الزمنية ذات الصلة.
- ينبغي فهم كيفية إدارة علاقات الحيازة وحل النزاعات؛ وكيف تغير ذلك منذ بداية الأزمة.

3 فهم كيف تؤثر أنظمة الحيازة وترتيباتها وممارساتها على ضمان الحيازة للجماعات المعرضة للخطر.

- إدراج ضمان الحيازة كمؤشر على الضعف.
- يجب معرفة الوثائق التي قد يطلبها الأشخاص المشاركون في أحد البرامج، مع ملاحظة أن الأفراد الأكثر ضعفًا قد لا يكون لديهم هذه الوثائق أو لا يمكنهم الوصول إليها.
- يجب التأكد من أن الاستجابة لا تنحاز إلى ترتيبات المالك الشاغل أو التملك الحر.

4 تنفيذ برامج الإيواء والتوطين لدعم ضمان الحيازة.

- يجب استخدام الخبرات المحلية لتهيئة البرامج على أنواع الحيازة المختلفة خاصة مع الفئات المستضعفة.

- يجب التأكد من إعداد وثائق، مثل اتفاقيات الحيازة، بشكل صحيح وأنها تتضمن حقوق جميع الأطراف.
- يجب الحد من المخاطر التي قد يسببها برنامج الإيواء أو يساهم في حدوثها، والتوترات التي قد تحدث داخل المجتمع ومع المجتمعات المحلية المحيطة.

5 دعم حماية السكان من الإخلاء القسري.

- في حالة الإخلاء أو خطر التعرض للإخلاء، يجب إجراء إحالات لتحديد حلول الإيواء البديلة والمساعدات القطاعية الأخرى.
- يجب المساعدة في حل النزاعات.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للمستفيدين من المأوى الذين لديهم ضمان الحيازة لخيار الإيواء والتوطين لمدة لا تقل عن مدة برنامج المساعدة

النسبة المئوية للمستفيدين من المأوى الذين لديهم اتفاقية صحيحة لضمان الحيازة الخاص بخيار الإيواء الخاص بهم

النسبة المئوية للمستفيدين من المأوى الذين يواجهون تحديات الحيازة والذين تمكنوا من الوصول إلى الخدمات القانونية أو إلى آليات حل النزاعات بطريقة مستقلة أو من خلال الإحالة

- ⊕ انظر مبدأ الحماية رقم 4.

ملاحظات إرشادية

الحيازة : تشكل الحيازة العلاقة بين الجماعات أو الأفراد فيما يتعلق بالسكن والأرض، وتنشأ بموجب قانون تشريعي أو عرفي أو غير رسمي أو من خلال ترتيبات دينية. وتحدد أنظمة الحيازة من يمكنه استخدام أي من الموارد ومدة الاستخدام وتحت أي ظروف. هناك العديد من أشكال ترتيبات الحيازة بدءًا من الملكية الكاملة واتفاقيات الإيجار الرسمية إلى الإسكان في حالات الطوارئ وشَغل الأراضي في مستوطنات غير رسمية. وبغض النظر عن ترتيبات الحيازة، لا يزال جميع الناس يحتفظون بحقوق السكن والأرض والممتلكات. فالأشخاص الذين يعيشون في مستوطنات غير رسمية، وغالبًا ما يكونون نازحين داخليًا، قد لا يمتلكون أي حق قانوني في شَغل الأرض، ولكنهم لا يزالون يملكون الحق في السكن الملائم والحماية من الإخلاء القسري من منازلهم. ويلزم توفير معلومات مثل وثائق الحيازة والاستخدام التنظيمي لأساليب العناية الواجبة من أجل تحديد ما إذا كان هناك ضمان مناسب للحيازة.

يعد ضمان الحيازة جزءًا لا يتجزأ من الحق في سكن ملائم. ويضمن الحماية القانونية ضد الإخلاء القسري وأشكال المضايقات والتهديدات الأخرى ويمكّن الناس من العيش في منزله بأمان وسلام وكرامة. يجب أن يمتلك كل الناس، بمن فيهم النساء، درجة من ضمان الحيازة. ومن المهم أن نفهم كيف تُدارُ وتُمارسُ علاقات الحيازة، بما في ذلك آليات حل النزاعات، وكيف تغير ذلك منذ بداية الأزمة. ويمكن أن تشمل بيانات تقييم ضمان الحيازة عدد حالات النزاع ومعدلات الإخلاء والتصورات المتعلقة بضمان الحيازة.

الحيازة التزايدية: يُعد البناء على أنظمة حيازة قائمة تتمتع بدرجة من الشرعية الاجتماعية أحد أكثر الطرق فعالية لتعزيز ضمان الحيازة ⊕ انظر المراجع: مؤتمر الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية ونموذج مجال الحيازة الاجتماعية الخاص بالشبكة العالمية لوسائل استغلال الأراضي وباين ودوراند-لاسيرف (2012).

الاعتبارات الحضرية: يعيش معظم النازحين في المناطق الحضرية في مستوطنات غير رسمية أو في مساكن إيجار بدون ملكية رسمية أو عقود إيجار أو اتفاقيات استخدام، لذلك يكون خطر التعرض للإخلاء القسري وغيره من أشكال الاستغلال والمضايقة ذات الصلة سمة مميزة في حياتهم. ينبغي أن تتناول خيارات المساعدة في توفير المأوى والمستوطنات في المناطق الحضرية حالات الحيازة المعقدة، والنظر في نهج الحيازة التزايدية الخاصة بالمستأجرين والمستوطنين والمقيمين غير الرسميين وغيرهم.

مبدأ عدم إلحاق الضرر: في بعض السياقات، يمكن أن تؤدي تدخلات الإيواء الإنساني إلى طرد الفئات المستضعفة. وفي حالات أخرى، يمكن أن يؤدي التركيز على مشاكل ضمان الحيازة إلى زيادة خطر تعرض الفئات المستضعفة للطرد. وسيحدد نهج العناية الواجبة مخاطر ضمان الحيازة التي تواجه مجموعات مختلفة. في بعض الحالات، حيثما تكون مخاطر ضمان الحيازة كبيرة للغاية، قد يكون من الأفضل عدم القيام بأي شيء على الإطلاق.

العوامل الشائعة للإخلاء: ينتج التهديد بالإخلاء عن تفاعل معقد بين العوامل التي ينشأ عن معظمها حالات الاستغلال وسوء المعاملة. وهي تشمل ما يلي:

- عدم القدرة على دفع الإيجار بسبب القيود المفروضة على سبل العيش مثل الحق في العمل،
- عدم وجود عقود إيجار مكتوبة مع الملاك مما يجعل الناس عرضة لزيادة الأسعار والطرد،
- النزاعات مع الملّاك،
- التمييز ضد السكان المتضررين،
- القيود المفروضة على تحسين بيئة الإسكان، مع تعرض من ينتهكون تصاريح البناء للتهديد المستمر بالطرد،
- عدم قدرة سكان أو شاغلو المناطق القابلة للبناء على تنظيم أوضاعهم مع الإدارة المدنية،
- معاملات الإسكان التي تتم بموجب الأطر العرفية أو الدينية، وبالتالي لا يعترف بها القانون التشريعي أو العكس،
- بالنسبة للنساء: تعرضهن للطلاق أو عنف الشريك الحميم أو أشكال العنف المنزلي الأخرى أو وفاة أزواجهن،
- عدم وجود وثائق مدنية للنساء (حيث يتم إدراجهن في وثائق الأب أو الزوج) وللجماعات الأخرى المهمشة أو المضطهدة.

إخلاء السكان ونقلهم: قد تتسق إعادة التوطين مع قانون حقوق الإنسان لحماية صحة وسلامة السكان المعرضين للكوارث الطبيعية أو المخاطر البيئية، أو للحفاظ على الموارد البيئية الحيوية. ومع ذلك، فإن إساءة استخدام اللوائح الرامية إلى حماية الصحة العامة والسلامة أو حماية البيئة لتبرير الإخلاء في غياب خطر حقيقي أو عند توفر خيارات أخرى، تتعارض مع القانون الدولي لحقوق الإنسان.

7. الاستدامة البيئية

تتناول الاستدامة البيئية وضع البرامج المسؤولة لتلبية الاحتياجات الحالية دون المساس بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها الخاصة. وقد يؤدي تجاهل القضايا البيئية على المدى القصير إلى الإضرار بعمليات التعافي، أو يزيد من سوء المشاكل القائمة أو يسبب مشاكل جديدة ⊕ اُنظر مبدأ الحماية رقم 1 والتزامي المعيار الإنساني الأساسي 3 و9.

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية

تساهم المساعدة في توفير المأوى والمستوطنة في الحد من أي أثر سلبي يتركه البرنامج على البيئة الطبيعية.

الإجراءات الأساسية

1 دمج تقييم التأثير البيئي وإدارته في جميع خطط الإيواء والتوطين.

- يجب تقييم الآثار البيئية المترتبة على الأزمة والمخاطر البيئية وأوجه الضعف لتقليل الآثار السلبية لخيارات الإيواء والتوطين.
- يجب دمج خطة إدارة البيئة في إجراءات التشغيل والصيانة.

2 اختيار المواد والتقنيات الأكثر استدامة بين الخيارات القابلة للتطبيق.

- يُفضل اختيار المواد والتقنيات التي ينتج عنها استنفاد الموارد الطبيعية المحلية أو التي تساهم في الإضرار بالبيئة على المدى الطويل.
- يمكن استعادة المواد المتاحة، مثل الأنقاض، أو إعادة استخدامها أو إعادة تدويرها أو إعادة توظيفها.

3 إدارة النفايات الصلبة بطريقة آمنة ومستدامة بيئيًا وملائمة للثقافة في الوقت المناسب في كافة المستوطنات

- التنسيق مع هيئة إمداد المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة والهيئات الصحية وهيئة الأشغال العامة والسلطات الأخرى، والقطاع الخاص وغيرهم من أصحاب المصلحة لوضع ممارسات الإدارة المستدامة للنفايات أو إعادة وضعها.

4 إنشاء نظم إمدادات الطاقة الآمنة والموثوقة وميسورة التكلفة والمستدامة بيئيًا واستعادتها وتعزيزها.

- يجب تحديد ما إذا كانت نظم إمدادات الطاقة القائمة لها تأثيرٌ بيئيٌ وسلبيٌ على الموارد الطبيعية والتلوث والصحة والسلامة.
- يجب التأكد من أن أي خيارات جديدة أو منقحة لإمدادات الطاقة تُلبي احتياجات المستخدمين وتوفر إجراءات التدريب والمتابعة اللازمة عند الحاجة.

5 حماية القيمة الإيكولوجية للمواقع التشغيلية واستردادها وتحسينها (مثل: المستوطنات المؤقتة) في أثناء الاستخدام وبعده.

- تقييم الأحوال البيئية الأساسية والموارد الطبيعية المحلية المتاحة لكل موقع وتحديد المخاطر البيئية؛ بما في ذلك المخاطر الناجمة عن الاستخدام التجاري أو الصناعي السابق.

- إزالة المخاطر الفورية والواضحة من المنطقة وإصلاح أي تدهور بيئي خطير، مع محاولة السيطرة على إزالة الغطاء النباتي الطبيعي وتعطيل الصرف الطبيعي عند أدنى حد.
- مغادرة الموقع وهو في حالة تسمح للسكان المحليين باستخدامه على الفور، حيث يكون ذلك ممكنًا عند ترك الموقع في حالة أفضل من ذي قبل.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية لأنشطة الإيواء والتوطين التي يسبقها استعراض الأداء البيئي

عدد التوصيات الصادرة عن إدارة البيئة وخطة الرصد التي نُفِّذتْ

النسبة المئوية لعمليات بناء المآوي باستخدام مواد بناء ذات انبعاثات كربون منخفضة وطرق شرائها

النسبة المئوية للنفايات الصلبة الموجودة في الموقع والتي يُعاد استخدامها أو توظيفها أو تدويرها

- الهدف > 70 بالمائة من الحجم.

النسبة المئوية لمواقع المستوطنات المؤقتة التي يتم استعادتها بحالة بيئية أفضل من ذي قبل

ملاحظات إرشادية

تقييم التأثير البيئي يتألف من ثلاثة عناصر: وصف أساسي للبيئة المحلية والذي يُجرى التقييم على أساسه؛ وفهم النشاط المقترح وتهديده المحتمل على البيئة؛ وفهم العواقب المحتملة عند وقوع التهديد.

قد يكون من المفيد التشاور مع الوكالات البيئية المناسبة. وتشمل النقاط الرئيسية التي يجب مراعاتها في تقييم التأثير البيئي ما يلي:

- الوصول إلى الموارد الطبيعية المحلية واستخدامها قبل الأزمة، بما في ذلك الوقود ومواد البناء، وتوريد المياه وإدارة النفايات؛
- كمية الموارد الطبيعية المتاحة محليًا وتأثير الأزمة على هذه الموارد؛
- المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية (بما في ذلك الأدوار التي تقع على الجنسين) التي قد تؤثر على استدامة الاستجابة وتحسين فعاليتها وكفاءتها بشكل عام.

توريد المواد: يجب مراعاة التأثير البيئي عند توريد موارد طبيعية مثل: الماء والأخشاب والرمال والتربة والعشب والوقود لحرق الطوب وقرميد الأسقف. وينبغي تشجيع استخدام مصادر متعددة وإعادة استخدام المواد التي لم يلحق بها ضرر وإنتاج مواد بديلة. كما يمكن أن تكون إعادة التحريج طريقة جيدة لإنتاج مواد بناء مستدامة. ينبغي تجنب استخدام المواد التي أُنْتِجتْ من خلال استغلال البالغين والأطفال ⊕ اُنظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

اختيار الموقع: يجب اختيار الموقع وفقًا لتقييمات التأثير البيئي. على سبيل المثال، يمكن أن يؤدي اختيار مواقع المستوطنات بالقرب من البنية التحتية القائمة إلى تقليل الآثار البيئية المرتبطة ببناء بنية تحتية جديدة. يجب مراعاة التعرض للمخاطر المرتبطة بالمناخ ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2. تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية.

التآكل: ينبغي الاحتفاظ بالأشجار والنباتات الأخرى للمحافظة على استقرار التربة، وزيادة ما توفره من ظل وحماية من الظروف الجوية. كما يجب استخدام التضاريس الطبيعية لإنشاء مرافق الخدمات مثل: الطرق والمسارات وشبكات الصرف لتقليل عوامل التآكل والفيضانات. وعند الضرورة، يجب حفر قنوات الصرف وتركيب أنابيب صرف المياه تحت الطرق أو إقامة تلال مزروعة لمنع تآكل التربة. إذا زاد الانحدار عن 5٪، يجب تطبيق تقنيات هندسية لمنع التآكل المفرط.

إدارة الأنقاض وإعادة استخدام النفايات أو إعادة توظيفها: يساهم التخطيط لإدارة الأنقاض بعد الأزمة مباشرة في تعزيز استعادة الأنقاض لإعادة استخدامها أو إعادة توظيفها أو للتخلص منها بطريقة آمنة.

هناك إمكانية لإعادة استخدام أو إعادة توظيف النفايات الصلبة الموجودة في الأوضاع الإنسانية. وتعتمد إعادة استخدام المواد في الأوضاع الإنسانية كجزء من استراتيجية أكثر نظامية لإدارة النفايات الصلبة على السلوكيات الثقافية للتعامل مع النفايات، والتعامل مع الشركات الراغبة في شراء المواد المنفصلة. وتوفر الأوضاع الإنسانية فرصًا لإعادة استخدام المواد بطرق مبتكرة ⊕ اُنظر معيار إدارة الفضلات ضمن معايير الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة رقم 3.1 ومعياري إدارة النفايات الصلبة ضمن معايير الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة 5.1 و 5.3.

الطاقة: عند العمل على استهلاك الطاقة، يجب الأخذ بعين الاعتبار المناخ والموارد الطبيعية المتاحة والآثار الصحية والتلوث الداخلي والخارجي والسلامة وتفضيلات المستخدم. وينبغي أن تقلل البرامج من احتياجات الأسرة من الطاقة حيثما أمكن. ولتقليل التكاليف المنزلية والآثار البيئية يمكن الاعتماد على تصاميم موفرة للطاقة، باستخدام أساليب سلبية لتسخين أو تبريد المنشآت، واستخدام لوازم منزلية موفرة للطاقة مثل: المصابيح الشمسية ⊕ انظر معيار الأمن الغذائي والتغذية رقم 5. الأمن الغذائي العام.

يجب تحديد المخاطر التي قد يتعرض لها العامة بسبب إمدادات الطاقة التالفة؛ على سبيل المثال: خطوط الكهرباء التالفة، أو صهاريج تخزين الوقود أو البروبان التي تُسرب. كما يجب التنسيق مع الحكومة المحلية وموردي الطاقة لترميم خدمات الطاقة وتسليمها وصيانتها. وقد تشكل الإعانات المالية أو غيرها من الحوافز خيارًا لضمان السلامة والحد من التلوث أو الطلب على الموارد الطبيعية.

إدارة الموارد الطبيعية: عند وجود موارد طبيعية محدودة لدعم زيادة كبيرة في المساكن، يصبح من الضروري وضع خطة لإدارة الموارد. ويمكن استشارة خبراء خارجيين إن لزم الأمر. وقد تقترح خطة إدارة الموارد الاعتماد على إمدادات خارجية للوقود وخيارات لرعي الماشية والإنتاج الزراعي وغير ذلك من مصادر الدخل التي تعتمد على الموارد الطبيعية. كما قد تكون المستوطنات الكبيرة المدارة جيدًا أكثر استدامة بيئيًا من العديد من المستوطنات المشتتة الأصغر حجمًا التي يصعب إدارتها أو مراقبتها. ومع ذلك، قد تفرض المستوطنات الجماعية الكبيرة مزيدًا من الضغوط على المجتمعات المضيفة المجاورة أكثر مما تفرضها المستوطنات الصغيرة المشتتة. ينبغي للجهات الفاعلة في المأوى مراعاة تأثير تدخلاتها على احتياجات السكان المضيفين من الموارد الطبيعية، ⊕ اُنظر التزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 9 ودليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

المناطق الحضرية والريفية: يعتمد الناس في المناطق الريفية على الموارد الطبيعية المتوفرة في محيطهم المباشر بشكل أكبر مقارنة بسكان الحضر. ومع ذلك، تستهلك المناطق الحضرية كميات أكبر من الموارد الطبيعية مثل الأخشاب والرمال والإسمنت والطوب وغيرها من مواد البناء الطبيعية التي تأتي من مستجمعات أكبر. يجب اتخاذ قرارات مدروسة عند استخدام كميات كبيرة من مواد البناء في المناطق الحضرية أو غيرها من مناطق برامج الإيواء واسعة النطاق؛ حيث قد تتجاوز الآثار البيئية مجال تنفيذ البرنامج.

ملحق 1
القائمة المرجعية لتقييم المأوى والمستوطنة

تعد هذه القائمة من الأسئلة بمثابة قائمة مرجعية لضمان الحصول على البيانات اللازمة لتحديد عمليات إقامة المأوى والمستوطنات بعد انتهاء الأزمة. ولا تعد الأسئلة إلزامية، بل يمكن الاستعانة بها وتكييفها حسب الظروف.

ويفترض أن تُجمع معلومات منفصلة عن الأسباب الكامنة للأزمة، والوضع الأمني، والتركيبة السكانية الأساسية للسكان النازحين والمستضيفين، والشخصيات التي ينبغي استشارتها والاتصال بها.

التقييم والتنسيق

- هل وضعت السلطات والمنظمات الإنسانية المختصة آلية متفق عليها للتنسيق؟
- ما البيانات الأساسية المتاحة حول السكان المتضررين، وما الأخطار المعروفة والمخاطر ومواطن الضعف التي تطرحها المآوي والمستوطنات؟
- هل هناك خطة طوارئ يمكن أن تستند إليها الاستجابة؟
- ما المعلومات المتاحة بالفعل من التقييمات الأولية؟
- هل من المخطط إجراء تقييم مشترك بين الوكالات و/أو القطاعات المتعددة، وهل يشمل هذا التقييم المأوى والمستوطنات واللوازم المنزلية؟

التركيبة السكانية

- كم عدد أفراد الأسرة العادية؟
- كم عدد السكان المتضررين الذين يعيشون في أنواع مختلفة من المساكن؟ بالنظر إلى الجماعات التي تعيش خارج الروابط العائلية، مثل الأطفال غير المصحوبين، أو الأسر ذات الحجم غير التقليدية، أو غير ذلك، وبتصنيفهم حسب الجنس أو العمر أو الإعاقة أو العمر أو الانتماء اللغوي أو الديني كما يناسب السياق.
- كم عدد الأسر المتضررة التي تفتقر إلى المأوى الملائم وأين توجد هذه الأسر؟
- كم عدد الأشخاص، المصنفين حسب الجنس والعمر والإعاقة، الذين لا ينتمون إلى أسر فردية، أو الذين لا مأوى لهم، أو يقيمون في مأوى غير ملائم، وأين هم؟
- كم عدد الأسر المتضررة دون مأوى مناسب، التي لم تنزح من مكانها ويمكن مساعدتها في موقع إقامتها الأصلية؟
- كم عدد الأسر المتضررة دون مأوى مناسب، التي نزحت وتحتاج إلى توفير مأوى لهم لدى أسر مضيفة أو في مستوطنات مؤقتة؟
- كم عدد الأشخاص المصنفين حسب الجنس والعمر، الذين يفتقرون إلى المرافق الجماعية، كالمدارس ومرافق الرعاية الصحية والمراكز المجتمعية؟

المخاطر

- ما المخاطر الوشيكة التي تهدد حياة الأفراد وصحتهم وأمنهم وتنتج عن الافتقار إلى مأوى ملائم، وكم عدد الأشخاص المعرضين لهذا الخطر؟
- ما المخاطر غير الوشيكة التي تهدد حياة الأفراد وصحتهم وأمنهم وتنتج عن الافتقار إلى مأوى ملائم؟

- كيف تؤثر نظم الحيازة وترتيباتها وممارساتها على ضمان الحيازة الخاص بالسكان المعرضين للخطر والمهمشين؟
- ما المخاطر المحددة التي يواجهها الأشخاص المعرضون للخطر، بمن فيهم النساء والأطفال والقُصّر الوحيدين، وذوي الإعاقة أو المصابين بمرض مزمن، بسبب الافتقار للمأوى الملائم، ولماذا؟
- ما تأثير وجود أشخاص نازحين على السكان المضيفين؟
- ما المخاطر المحتملة للنزاع أو التمييز بين مختلف الجماعات التي تشكل السكان المتضررين، خاصة بين النساء والفتيات؟

الموارد والقيود

- ما الموارد المادية والمالية والبشرية الحالية للسكان المتضررين التي تتيح لهم تلبية بعض من احتياجاتهم العاجلة في مجال الإيواء أو كلها؟
- ما القضايا المتعلقة بتوفر الأرض وملكيتها واستعمالها لتلبية احتياجات الإيواء العاجلة، بما في ذلك المستوطنات الجماعية المؤقتة عند اللزوم؟
- ما المخاطر التي قد يواجهها السكان المضيفون عند استقبال النازحين في منازلهم أو في أرض مجاورة لهم؟
- ما الفرص والقيود التي تؤثر على استخدام المباني القائمة المتاحة وغير المتضررة لإيواء النازحين بشكل مؤقت؟
- هل الأراضي الخالية المتاحة مناسبة لإقامة مستوطنات مؤقتة عليها، مع مراعاة التضاريس والقيود البيئية الأخرى؟
- ما الشروط والقيود التنظيمية التي قد تؤثر على إيجاد حلول للإيواء؟

المواد والتصميم والبناء

- ما حلول الإيواء الأولى أو مواد البناء التي وفرها السكان المتضررون أو الجهات الفاعلة الأخرى؟
- ما المواد التي يمكن استعادتها من الموقع الذي لحقت به أضرار لاستخدامها في إعادة بناء مآوٍ؟
- ما ممارسات البناء الشائعة للسكان المتضررين، وما هي المواد التي يستخدمونها لبناء الهيكل العام للمأوى والسقف والجدران الخارجية؟
- ما التصاميم أو المواد البديلة المتاحة والمألوفة أو المقبولة لدى السكان المتضررين؟
- ما سمات التصميم المطلوبة لضمان توفير حلول جاهزة ومأمونة للوصول إلى المأوى واستخدامه بواسطة جميع أفراد السكان المتضررين؟
- كيف يمكن تقليل الأخطار ومواطن الضعف المستقبلية في حلول الإيواء المقترحة؟
- كيف تُبنى المآوي عادة ومن يتولى ذلك؟
- كيف يتم الحصول على مواد البناء عادة ومن يتولى ذلك؟
- كيف يمكن تدريب النساء والشباب وذوي الإعاقة وكبار السن أو مساعدتهم على المشاركة في بناء مأواهم، وما العراقيل التي تواجه مثل هذه المبادرات؟
- هل يلزم توفير مساعدات إضافية لدعم الأفراد أو الأسر التي لا تملك القدرة على بناء مأواهم أو فرصة القيام بذلك؟ تشمل أمثلة المساعدات الاستعانة بعمال متطوعين أو متعاقدين أو توفير المساعدة التقنية.

الأنشطة المنزلية والمعيشية

- ما الأنشطة المنزلية والمعيشية التي تُقام داخل المآوي أو بالقرب منها لدعم السكان المتضررين، وكيف يتم مراعاة هذه الأنشطة عند تخصيص المساحات وتصميم المأوى؟
- ما فرص دعم سبل العيش القانونية والمستدامة بيئيًا التي يمكن توفيرها عن طريق حلول توريد المواد وبناء المآوي والمستوطنات؟

الخدمات الأساسية والمرافق الجماعية

- ما كمية الماء المتاحة حالياً للشرب وللنظافة الشخصية، وما هي إمكانيات وقيود تلبية الاحتياجات المتوقعة في مجال الإصحاح؟
- ما المرافق الاجتماعية المتاحة حاليًا (مثل: العيادات الصحية، والمدارس، وأماكن العبادة، الخ) وما فرص وقيود الاستفادة منها؟
- عند استخدام المباني الجماعية، وخاصة المدارس، كأماكن لإيواء النازحين، ما الجدول الزمني والإجراءات المتبعة لإعادة استخدامها لغرضها الأصلي؟

السكان المضيفون والتأثير البيئي

- ما عوامل القلق بشأن السكان المضيفين؟
- ما القيود التنظيمية والمادية المتعلقة باستيعاب الأشخاص النازحين ضمن السكان المضيفين أو المستوطنات المؤقتة؟
- ما عوامل القلق البيئية المتعلقة بتوريد مواد البناء محليًا؟
- ما عوامل القلق البيئية بشأن احتياجات الأشخاص النازحين من الوقود ومرافق الإصحاح والتخلص من النفايات ورعي الحيوانات، من بين عدة أمور أخرى؟

الاحتياجات من اللوازم المنزلية

- ما اللوازم الضرورية غير الغذائية التي يحتاج إليها الأشخاص المتضررون؟
- هل يمكن الحصول على أي من اللوازم الضرورية غير الغذائية محليًا؟
- هل يمكن استخدام النقود أو قسائم الشراء؟
- هل سيتم الحصول على المساعدة التقنية لإكمال عملية توفير مستلزمات الدعم بالمأوى؟

الملابس والأفرشة

- ما أنواع الملابس والبطاطين والأفرشة التي يستخدمها عادة الرجال والنساء والأطفال والرضع والنساء الحوامل والمرضعات وذوي الإعاقة وكبار السن؟ هل هناك أي اعتبارات اجتماعية وثقافية بعينها؟
- كم عدد النساء والرجال من جميع الأعمار والأطفال والرضع الذين ليس لديهم ملابس أو بطاطين أو أفرشة ملائمة أو كافية لتوفير الحماية من الآثار السلبية للجو والحفاظ على صحتهم وكرامتهم ورفاههم؟
- ما المخاطر المحتملة على حياة الأشخاص المتضررين وصحتهم وسلامتهم الشخصية إذا لم تُلبّ احتياجاتهم من الملابس والبطاطين والأفرشة الملائمة؟
- ما إجراءات مكافحة نواقل الأمراض، خاصة توفير شباك صيد الناموس، والمطلوبة لضمان صحة ورفاه الأسر؟

الطهو وتناول الطعام، المواقد والوقود

- ما أدوات الطهي وتناول الطعام التي كانت الأسرة تستخدمها قبل الأزمة؟
- كم عدد الأسر التي لا يمكنها الحصول على أدوات طهي وتناول طعام كافية؟

- كيف كان الأشخاص المتضررون يطهون طعامهم ويدفئون مساكنهم عادة قبل حدوث الأزمة وأين كانوا يطهون؟
- ما نوع الوقود والتدفئة الذي كان يُستخدم عادة قبل الأزمة ومن أين كان يتم الحصول عليه؟
- كم عدد الأسر التي لا يمكنها الحصول على موقد للطهي والتدفئة وما السبب؟
- كم عدد الأسر التي لا يمكنها الحصول على موارد وقود كافية من أجل الطهي والتدفئة؟
- ما فرص وقيود توريد اللوازم الكافية للوقود (وخاصة عوامل القلق البيئية) للمتضررين من الأزمة وجيرانهم من السكان؟
- ما تأثير توريد اللوازم الكافية من الوقود على المتضررين خاصة النساء من جميع الأعمار؟
- هل هناك أي مشكلات ثقافية تتعلق بالطهي وتناول الطعام ينبغي أخذها في الاعتبار؟

الأدوات والمعدات

- ما الأدوات الرئيسية المتاحة للأسر لإصلاح، أو ترميم أو صيانة مأوى؟
- ما أنشطة دعم سبل العيش التي يمكنها الاستعانة بالأدوات الرئيسية لأعمال البناء والصيانة وإزالة الأنقاض؟
- ما أنشطة التدريب أو رفع الوعي التي ستُمكن من الاستخدام الآمن للأدوات؟

ملحق 2
وصف سيناريوهات التوطين

تسمح سيناريوهات التوطين بإجراء تصنيف من المستوى الأول بشأن أين وكيف يعيش الأشخاص المتضررون. إن فهم الأزمة من خلال سيناريوهات التوطين المذكورة سيساعد عند تخطيط استراتيجيات المساعدة. احصل على مزيد من التفاصيل لتوضيح التخطيط التفصيلي ⊕ انظر الملحق 3: خصائص أخرى لسيناريوهات التوطين.

المجموعة السكانية	سيناريو التوطين	الوصف	أمثلة
الأشخاص غير النازحين	مسكن أو أرض يسكنها المالك	يملك الشاغل عقاره و/أو أرضه (قد تكون الملكية رسمية أو غير رسمية) أو ملكية جزئية أو مشتركة	منازل، شقق، أرض
	مسكن أو أرض مستأجرين	يسمح الإيجار للفرد أو الأسرة باستخدام المسكن أو الأرض لفترة محددة من الوقت بسعر معين، دون نقل الملكية، وفقًا لعقد مكتوب أو شفهي مع المالك الخاص أو العام	
	مسكن أو أرض مشغولة بصورة غير رسمية	تشغل الأسرة العقار و/أو الأرض دون تصريح واضح من المالك أو من ينوب عنه بشأن العقار	منازل خالية، شقق، أرض فضاء
الأشخاص النازحون المشتتون	تدابير الإيجار	يسمح الإيجار للفرد أو الأسرة باستخدام المسكن أو الأرض لفترة محددة من الوقت بسعر معين، دون نقل الملكية. وهو يعتمد على عقد مكتوب أو شفهي مع المالك الخاص أو العام. يمكن دفع القيمة الإيجارية فرديًا أو مجتمعيًا أو بواسطة إعانة حكومية أو المجتمع الإنساني.	منازل، شقق، أرض ضمن مجموعة إسكانية قائمة بالفعل
الأشخاص النازحون	تدابير الاستضافة	يتيح السكان المضيفون المأوى للسكان النازحين أو للعائلات الفردية	منازل، شقق، أرض مشغولة بالفعل أو يتيحها السكان المضيفون
	تدابير تلقائية	تسكن العائلات النازحة تلقائيًا في مكان ما دون اتفاق مع الأطراف المعنية (كالمالك والحكومة المحلية والمنظمات الإنسانية و/أو السكان المضيفون)	المساكن الخالية، الشقق الخالية، الأراضي الشاغرة وجانب الطريق

المجموعة السكانية	سيناريو التوطين	الوصف	أمثلة
المجتمعي	الإقامة الجماعية	منشأة أو مبنى قائم بالفعل تتخذه عدة عائلات كمأوى. تُوفر البنية التحتية والخدمات الرئيسية بصورة جماعية أو يُتاح الوصول إليها.	المباني العامة ومراكز الإخلاء والاستقبال والعبور، والمباني المهجورة، ومجمعات الشركات والمباني غير المكتملة
	مستوطنة مخططة	مستوطنة مبنية لغرض محدد للأشخاص النازحين حيث يتم تخطيط وإدارة الموقع وتتوافر فيه البنية التحتية والمرافق والخدمات.	تُدار المستوطنات الرسمية من قبل الحكومة أو الأمم المتحدة أو المنظمات غير الحكومية أو المجتمع المدني. يمكن أن تتضمن مراكز للعبور أو الاستقبال أو مواقع للإخلاء.
	مستوطنة غير مخططة	تستقر العديد من الأسر بشكل عفوي وجماعي في مكان ما، مما يؤدي إلى إنشاء مستوطنة جديدة. ويمكن للأسر أو الجماعات إبرام اتفاقيات إيجارية مع مالك الأرض. غالبًا ما يتم ذلك دون تدابير مسبقة مع الأطراف المعنيين (كالمالك أو الحكومة المحلية و/أو السكان المضيفين). لا تكون الخدمات الأساسية بالموقع مخططًا لها منذ البداية.	مواقع ومستوطنات غير رسمية

ملحق 3
السمات الإضافية لسيناريوهات التوطين

يوضح هذا الجدول السمات الثانوية التي تعمل على توسيع سيناريوهات المستوطنة البشرية الموضحة في ⊕ الملحق 2 وصف سيناريوهات التوطين. وينبغي أن يؤدي استخدامها لفهم الأزمة بمزيد من التفاصيل إلى توضيح عمليات التخطيط التفصيلية.

الفئة	أمثلة	ملاحظات
أنواع السكان النازحين	اللاجئون وطالبو اللجوء والنازحون داخليًا واللاجئون العائدون والعائدون من النازحين داخليًا وغيرهم ممن ينصبُّ عليهم الاهتمام (على سبيل المثال، المهاجرون)	⊕ انظر دليل دعم الملف الإنساني *(www.humanitarianresponse.info)*
المتضررون بشكل غير مباشر	السكان المتواجدون مسبقًا، السكان المضيفون	غالبًا ما يتأثر السكان المضيفون بالسكان المتضررين بطريقة مباشرة، وذلك عن طريق مشاركة الخدمات المجتمعية على سبيل المثال كالمدارس أو العمل كعائلات مضيفة.
السياق الجغرافي	الحضري، شبه الحضري والريفي	شبه حضري: منطقة ما بين المناطق الحضرية والريفية المتبلورة بوضوح
مستوى الضرر	بلا ضرر، ضرر جزئي، مدمرة بالكامل	ينبغي أن يوضح تصنيف مستوى الضرر ما إذا كان المنزل أو المأوى آمنًا حيث يمكن شغله.
المدة/ المرحلة	قصيرة الأجل، متوسطة الأجل، طويلة الأجل، دائمة طوارئ، انتقالية، انتعاش، راسخة (قوية)	يختلف تعريف هذه المصطلحات وينبغي تحديده بحسب مستوى الاستجابة
أنظمة الحيازة	قانونية، عُرفية، دينية، مختلطة	التدابير غير الرسمية للأراضي أو المساكن هي تلك التي تتضمن تقسيمات فرعية غير منتظمة وغير مصرح بها وبدون وجه حق لأرض مملوكة قانونيًا مع أشكال متنوعة من التدابير الإيجارية غير الرسمية. في بعض الحالات، قد تكون هناك أنواع مختلفة من الحيازة على قطعة الأرض نفسها بحيث يمتلك كل طرف حقوقًا معينة.
أشكال حيازة المساكن	ملكية، حق انتفاع، إيجار، حيازة جماعية	
أشكال حيازة الأرض	خاصة، مجتمعية، جماعية، دخول حر، مملوكة للدولة/ ملكية عامة	

الفئة	أمثلة	ملاحظات
أنواع المأوى	خيام، ملاجئ مؤقتة، مأوى انتقالي، مأوى أساسي، منازل، شقق، مساحات مستأجرة داخل وحدة أكبر، مرائب، المنازل المتنقلة (الكرافانات)، حاويات	⊕ انظر ملحق 4: خيارات المساعدة
إدارة الموقع	مُدار، مُدار عن بعد أو بصورة متنقلة، مُدار ذاتيًا، بلا إدارة	مُدار بدون اعتراض من المالك وموثق عن طريق السلطات مُدار عن بعد أو بصورة متنقلة: في الحالات التي يدير فيها فريق ما عدد من المواقع مُدار ذاتيًا: بواسطة هيكل قيادة مجتمعي أو لجان داخلية

ملحق 4
خيارات المساعدة

مجموعة من خيارات المساعدة ذات السياق المحدد التي يمكن جمعها معًا لتلبية احتياجات المتضررين. يجب النظر في مزايا وعيوب كل خيار منها ووضع البرنامج الأكثر ملاءمة.

ملحوظة: يختلف اختيار المواصفات وتعريفها بحسب السياق ويجب أن يتماشى مع التوجيهات ذات الصلة. توضع مواصفات إضافية حسب الحاجة لسياق محدد.

خيار المساعدة	الوصف
اللوازم المنزلية	⊕ انظر معيار المأوى البشرية والمستوطنة رقم 4: اللوازم المنزلية
أدوات المأوى	مواد وأدوات وتجهيزات البناء الضرورية لخلق أو تحسين مساحة المعيشة. يجب النظر فيما إذا كانت ستُوفَّرُ مواد معمارية كالأعمدة والأوتاد أو إذا كان يمكن للعائلات توفيرها. ويجب مراعاة الحاجة لمزيد من التعليمات أو التعزيزات أو التعليم أو رفع الوعي
رزمة أدوات المأوى	أدوات البناء الضرورية والأجهزة الضرورية لخلق أو تحسين مساحة المعيشة أو المستوطنة.
الخيام	مآوي محمولة مصنعة مسبقًا ذات غطاء وهيكل.
دعم العودة والعبور	يجب إعانة المتضررين الذين يختارون العودة لبلد المنشأ أو الانتقال إلى موقع جديد. يمكن أن تتضمن هذه الإعانة مجموعة كبيرة من الخدمات كتوفير الانتقالات وأجرة أو قسائم المواصلات أو مواد، مثل الأدوات والمواد الخام ومخزون البذور.
الإصلاحات	يصف الإصلاح ترميم المبنى بسبب الأضرار أو الخراب الذي لحق به لإعادته لحالة عمل جيدة حيث يفي بالمعايير والمواصفات المطلوبة. إذا تعرضت المباني لأضرار قليلة، فمن الممكن إصلاحها بدون أي تعديلات رئيسية كبرى. بالنسبة للأشخاص النازحين، قد يكون من الضروري إصلاح المراكز الجماعية أو ترقية المباني الموجودة بالفعل كالمدارس لتصبح مأوى جماعي.
التعديل	يتضمن تعديل المباني تقوية و/أو تعديل النظام الإنشائي لهيكل المبنى. الهدف هو جعل المبنى مقاوم أكثر للأخطار المستقبلية عن طريق تثبيت بعض خصائص الأمان. وقد تحتاج المباني التي تضررت بسبب الأزمة إلى تعديل، بالإضافة إلى إصلاح. بالنسبة للأشخاص النازحين، قد يكون من الضروري تعديل منازل العائلات المضيفة إذا كانت معرضة للخطر.
مساعدة المضيف	غالبًا ما يمكث الأشخاص غير القادرين على العودة لمنازلهم الأصلية لدى عائلة أو أصدقاء أو مجتمعات لها روابط تاريخية أو دينية أو أي روابط أخرى مشتركة. تتضمن إعانة المضيف كي يستمر في إيواء المتضررين دعم توسعة أو تكييف مأوى أسرة مضيفة قائم فعليًا أو دعم مالي أو مادي للتكاليف الجارية.
مساعدة إيجارية	مساعدة تُمنح للأسر المتضررة لاستئجار مسكن وأرض وقد تتضمن إسهامات مالية أو دعم للحصول على اتفاق أو مشورة نزيهة بشأن معايير العقار. ويعد الإيجار نفقة مستمرة وبالتالي توضع خطة لاستراتيجيات الخروج وتعزيز الاكتفاء الذاتي أو الارتباط بأنشطة معيشية في وقت مبكر ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3: مساحة المعيشة والمعيار 6: ضمان الحيازة. (ملاحظة: يمكن للمساعدة الإيجارية أن تضخ النقد للسكان المضيفين أو من الممكن أن تستنفذ السوق فتتسبب في التضخم)
مآوى مؤقتة	حلول قصيرة الأجل بالنسبة للمآوي وتكون قابلة للإزالة بمجرد عرض المرحلة التالية للحل الخاص بالمأوى. وعادة ما تُبنى بتكاليف محدودة.

مآوٍ انتقالية	مآوٍ سريعة مصممة بواسطة مواد وتقنيات مخصصة حيث يمكن تحويلها إلى هياكل دائمة. يجب أن يكون هذا المأوى قابلًا للتحسين وإعادة الاستخدام وإعادة البيع أو للنقل من مواقع مؤقتة إلى مواقع دائمة.
المسكن الرئيسي	وحدات إسكان مخططة ومصممة ومبنية لتكون في النهاية جزءًا من مسكن دائم ولكنها غير مكملة له. يسمح المسكن الرئيسي للأسرة بإجراء عمليات توسع مستقبلية بواسطة الطرق والموارد الخاصة بها. الهدف من ذلك هو خلق مساحة معيشة آمنة وكافية تتكون من غرفة أو غرفتين معًا مع مرافق مياه والإصحاح واللوازم المنزلية الضرورية ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3: مساحة المعيشة والمعيار 4: اللوازم المنزلية.
إعادة الإعمار/ إعادة البناء	هدم الهياكل غير القابلة للإصلاح وإعادة بنائها.
مراكز المعلومات	تقدم مراكز المعلومات النصح والإرشاد للمتضررين. يمكن للمعلومات المقدمة عبر المراكز المحلية أن توضح الحق في الحصول على إعانة ومشورة والحق في الحصول على أرض أو على تعويض أو إعانة تقنية أو الحق في العودة أو الاندماج أو إعادة التوطين وقنوات توفر التغذية الراجعة، وطرق لطلب الإصلاح بما في ذلك المساعدة التحكيمية والقانونية.
الخبرة القانونية والإدارية	يساعد تقديم المعرفة والخبرة القانونية والإدارية الأشخاص المتضررين على معرفة حقوقهم وتلقي الدعم الإداري الذي يحتاجون إليه مجانًا أو بتكلفة مخفضة. يجب إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الفئات المستضعفة.
ضمان الحيازة	تضمن إعانة ضمان حقوق شغل المسكن و/أو الأرض للمتضررين الحماية القانونية ضد الإخلاء القسري والمضايقات والتهديدات الأخرى ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 6: ضمان الحيازة.
تخطيط البنية التحتية والمستوطنة	تستخدم إعانة تخطيط البنية التحتية والمستوطنة لتحسين خدمات المجتمع ودعم حلول تخطيط البنية التحتية والمستوطنة الانتقالية المستدامة. ويمكن تقسيم إعانة تخطيط البنية التحتية والمستوطنة إلى فئتين: تلك التي تُنسّقُ في المقام الأول عبر قطاع المأوى وتلك التي تُنسِّقُها قطاعات أخرى.
إعانة الإقامة الجماعية	يمكن استخدام المباني القائمة فعليًا كمراكز جماعية أو مراكز إخلاء أو تكون بمثابة مأوى سريع. وقد تتضمن المدارس أو المباني المجتمعية أو الملاعب المغطاة أو المنشآت الدينية أو العقارات الشاغرة. قد تحتاج هذه العقارات إلى تهيئة أو تحسين من أجل السكن بها ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3: مساحة المعيشة. عند استخدام مباني المدارس لاستيعاب الأشخاص المتضررين بسبب الأزمات، ينبغي تحديد الهياكل البديلة واستخدامها على الفور لتمكين مواصلة الدراسة بالمدارس ⊕ انظر **إرشادات المركز الجماعي و دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ**.
إدارة المستوطنات والمراكز الجماعية	⊕ انظر: **إرشادات المركز الجماعي**.
إزالة الأنقاض وإدارة شؤون الموتى	تساعد إزالة الأنقاض في تحسين السلامة العامة والوصول للأشخاص المتضررين. ينبغي النظر للتأثير البيئي أيضًا ⊕ انظر معياري المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2 و7. التعامل مع الموتى والتعرف عليهم بشكل ملائم ⊕ انظر معايير الصحة 1.1 وإمداد المياه والإصحاح والنظافة 6.
إعادة تأهيل و/أو تركيب البنية التحتية المشتركة	إعادة التأهيل أو إنشاء البنية التحتية كالإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة، الطرق وتصريف المياه، والجسور والكهرباء. ⊕ انظر فصل إمداد المياه والإصحاح والنظافة للإرشاد، ومعيار المأوى والمستوطنة البشرية 2: الموقع وتخطيط المستوطنات.

إعادة تأهيل و/أو إنشاء المرافق المجتمعية	**التعليم:** المدارس، مساحات صديقة للطفل، أماكن لعب آمنة ⊕ انظر **دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ**، **الخدمة الصحية:** المراكز الصحية والمستشفيات ⊕ انظر معيار الأنظمة الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية، **الأمان:** مراكز الشرطة أو هياكل المراقبة المجتمعية، **أنشطة جماعية:** أماكن اجتماع لاتخاذ القرارات، ترفيه وعبادة، تخزين الوقود، منشآت الطهي والتخلص من النفايات الصلبة، **أنشطة اقتصادية:** أسواق، أرض ومساحات خالية للماشية، ومساحات لسبل العيش والعمل.
تخطيط وتقسيم حضري/ قروي	عند إعادة تخطيط المناطق السكنية بعد حدوث أزمة، تتشارك السلطات المحلية والمخططون الحضريون معًا كي يُلْتزم بلوائح أصحاب المصلحة كافةً واهتماماتهم المشتركة ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2: تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية.
إعادة التوطين	إعادة التوطين هي عملية تتضمن إعادة بناء مسكن عائلي أو مجتمعي والأصول والبنية التحتية العامة في موقع مختلف.

ملحق 5
خيارات التنفيذ

تؤثر طريقة توصيل المساعدات على جودة وتقييم ونطاق التوصيل والتكلفة. تُحدد خيارات التنفيذ بناء على فهم الأسواق المحلية بما في ذلك أسواق البضائع والعمالة والإيجارات لدعم التعافي الاقتصادي ⊕ انظر تقديم المساعدة عبر الأسواق. ويجب الأخذ في الاعتبار تأثير خيارات التنفيذ المختارة على درجة المشاركة والإحساس بالملكية والديناميات الجنسانية والتماسك الاجتماعي وفرص كسب العيش.

خيار التنفيذ	الوصف
المساعدة التقنية وضمان الجودة	تعد المساعدة التقنية جزءًا لا يتجزأ من عمليات توفير المآوي والمستوطنات، بِغَضِّ النظر عن المساعدة ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 5: المساعدة التقنية.
الدعم المالي،	من خلال الدعم المالي، يمكن للأسر والمجتمعات الوصول للبضائع أو الخدمات أو تلبية احتياجاتهم المتعلقة بالمأوى والمستوطنة. تبعًا لخطورة وتعقيد المهمة، يكمل الدعم المالي المساعدة التقنية وبناء القدرات. وتتضمن التحويلات القائمة على السوق الخيارات التالية: **التحويل النقدي المشروط:** يكون مفيدًا حين يكون من الضروري الوفاء بشروط محددة، على سبيل المثال، نظام الشرائح. **نقود أو قسائم مقيدة:** يكون مفيدًا لبضائع بعينها أو عند إشراك الباعة. غير مشروط أو غير مقيد أو متعدد الأغراض. الوصول للخدمات المالية مثل مجموعات التوفير والقرض الصغير والتأمين والضمانات. ⊕ انظر تقديم المساعدات عبر الأسواق.
معونات المواد العينية	يعد شراء اللوازم والمواد وتوزيعها توزيعًا مباشرًا على الأسر المتضررة خيارًا حين لا تكون الأسواق المحلية قادرة على توفيرها لهم بالجودة والكمية الملائمة أو في الوقت المناسب. ⊕ انظر تقديم المساعدات عبر الأسواق
تفويض العمالة والتعاقد	تفويض العمالة والتعاقد معها لتحقيق أهداف المأوى والمستوطنات عبر نماذج يقودها المالك أو المقاول أو الوكالة ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 5: المساعدة التقنية.
بناء القدرات	يوفر تعزيز المهارات والتدريب فرصًا لأصحاب المصلحة لزيادة قدرتهم على الاستجابة، فرديًا وجماعيًا، وكذلك التفاعل معًا ومعالجة التحديات والأدوات المشتركة مثل تطوير وتنفيذ معايير وقواعد البناء ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 5: المساعدة التقنية. ينبغي أن يسمح بناء القدرات الناجح للخبراء بالتركيز على الأنشطة الإشرافية التي يضطلع بها أصحاب المصلحة المحليون وتقديم مساعدتهم لعدد أكبر من الأشخاص الذين يتلقون المساعدة.

لجدول بخيارات المساعدة والتطبيق الممكنة والتي لها صلة بسيناريو التوطين، برجاء زيارة الموقع التالي:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

ملحق 6

خيارات المساعدة والتنفيذ المحتملة المتصلة بسيناريوهات المستوطنات البشرية

خيارات المساعدة	نطاق المأوى الأسري		سيناريو التوطين									
			غير النازحين			النازحون						
						المشتتون			الجماعي			
			مسكن أو أرض يسكنها المالك	مسكن أو أرض مستأجرين	مسكن أو أرض مشغولة بصورة غير رسمية	تدابير الإيجار	تدابير الاستضافة	تدابير تلقائية	الإقامة الجماعية	مستوطنة مخططة	مستوطنة غير مخططة	المتضررون بصورة غير مباشرة
		اللوازم المنزلية	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		أدوات المأوى	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		رزم أدوات المأوى	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		الخيام	x	x	x	x	x	x		x	x	
		دعم العودة والعبور				x	x	x	x	x	x	
		الإصلاحات	x	x	x	x	x		x			x
		التعديل	x	x	x	x	x					x
		مساعدة المضيف					x			x	x	x
		مساعدة إيجارية				x						
		مآوٍ مؤقتة	x	x	x			x		x	x	
		مآوٍ انتقالية	x	x	x			x		x	x	
		المسكن الرئيسي	x	x	x					x		
		إعادة الإعمار/ إعادة البناء	x							x		

خيارات المساعدة	نطاق المأوى الأسري	سيناريو التوطين: غير النازحين – مسكن أو أرض يسكنها المالك	غير النازحين – مسكن أو أرض مستأجرين	غير النازحين – مسكن أو أرض مشغولة بصورة غير رسمية	النازحون – المشتتون – تدابير الإيجار	النازحون – المشتتون – تدابير الاستضافة	النازحون – المشتتون – تدابير تلقائية	النازحون – الجماعي – الإقامة الجماعية	النازحون – الجماعي – مستوطنة مخططة	النازحون – الجماعي – مستوطنة غير مخططة	المتضررون بصورة غير مباشرة
	اللوازم المنزلية	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	أدوات المأوى	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	رزم أدوات المأوى	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	الخيام	X	X	X	X	X	X		X	X	
	دعم العودة والعبور				X	X	X	X	X	X	
	الإصلاحات	X	X	X	X	X		X			X
	التعديل	X	X	X	X	X					X
	مساعدة المضيف					X			X	X	X
	مساعدة إيجارية				X						
	مآوٍ مؤقتة	X	X	X			X		X	X	
	مآوٍ انتقالية	X	X	X			X		X	X	
	المسكن الرئيسي	X	X	X					X		
	إعادة الإعمار/ إعادة البناء	X							X		

		سيناريو التوطين									
		غير النازحين			النازحون						
					المشتتون			الجماعي			
نطاق المستوطنة	مراكز المعلومات	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	الخبرة القانونية والإدارية	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ضمان الحيازة		X	X	X	X	X	X	X	X	
	تخطيط المستوطنة			X			X		X	X	X
	تخطيط وتقسيم حضري/ قروي		X	X	X	X	X	X	X	X	
	إعانة الإقامة الجماعية							X			X
	إدارة المستوطنات والمراكز الجماعية							X	X	X	X
	إزالة الأنقاض وإدارة شؤون الموتى	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	إعادة تأهيل و/أو تركيب البنية التحتية المشتركة	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	إعادة تأهيل و/أو إنشاء المرافق المجتمعية	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	تخطيط وتقسيم حضري/ قروي	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	إعادة التوطين	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
خيارات التنفيذ	المساعدة التقنية وضمان الجودة	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	الدعم المالي،	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	معونات المواد العينية	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	تفويض العمالة والتعاقد	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	بناء القدرات.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

المراجع ومزيد من المطالعات

الصكوك القانونية الدولية

Article 25 Universal Declaration of Human Rights. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948.
www.claiminghumanrights.org/udhr_article_25.html

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998.
www.internal-displacement.org/library/publications/1998/
ocha-guiding-principles-on-internal-displacement/

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons*. OHCHR, 2005.
www.unhcr.org/protection/idps/50f94d849/principles-housing-property-restitution-refugees-displaced-persons-pinheiro.html

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991.
www.refworld.org/docid/47a7079a1.html

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997.
www.escr-net.org/resources/general-comment-7

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org/1951-refugee-convention.html

أمور عامة

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org/docid/5a844bda16.html

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017.
www.cashlearning.org/resources/library/351-minimum-standard-for-market-analysis-misma

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014.
www.globalcccmcluster.org/system/files/publications/Camp_Closure_Guidelines.pdf

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010.
http://cpwg.net/minimum-standards/

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.
https://www.livestock-emergency.net/download-legs/

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017.
https://seepnetwork.org/MERS

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012.
www.ifrc.org/PageFiles/71111/PostDisaster_Settlement_Guidelines.pdf

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org/

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014.
https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/UN%20OCHA%20Guide%20for%20the%20Military%20v%201.0.pdf

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015.
https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications

سيناريوهات المستوطنة

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016.
www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space/document/humanitarian-profile-support-guidance

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010.
http://shelterprojects.org/files/SC-OCHA-DfID-shelter-after-disaster-2010.pdf

مستوطنة مجتمعية مؤقتة

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010.
https://www.globalcccmcluster.org/system/files/publications/doc18990-contenido.pdf

نقد، قسائم ، تقييمات/عجز السوق

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015.
www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Shelter/All-under-one-roof_EN.pdf

الجنس والعنف القائم على الجنس

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017.
https://reliefweb.int/report/world/iasc-gender-handbook-humanitarian-action-2017

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery.
https://gbvguidelines.org/en/home/

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014.
www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/201406/NRC%20IFRC%20Security%20of%20Tenure.pdf

حماية الطفل

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012.
http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/203/2014//CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf

المدارس والمباني العامة

Guidance Notes on Safer School Construction (*INEE Toolkit*). INEE, 2009.
http://toolkit.ineesite.org/guidance_notes_on_safer_school_construction

السياق الحضري

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015.
www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Shelter/Rapid-Tenure-Assessment-Guidelines_EN.pdf

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015.
www.internal-displacement.org/library/publications/2015/urban-informal-settlers-displaced-by-disasters-challenges-to-housing-responses/

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010.
http://shelterprojects.org/files/NRC-urban-shelterguidelines_2310-11-_compressed.pdf

ضمان الحيازة

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016.
https://www.sheltercluster.org/sites/default/files/docs/nrc_shelter_tenure_guidance_external.pdf

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014.
www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/Documents.aspx

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015.
www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/Documents.aspx

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012.
www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SecurityTenure/Payne-Durand-Lasserve-BackgroundPaper-JAN2013.pdf

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013.
www.sheltercluster.org/sites/default/files/docs/2013-December-Due%20diligence%20in%20shelter-A4.pdf

مزيد من المطالعات

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

الصحة

الميثاق الإنساني

مبادئ الحماية

المعيار الإنساني الأساسي

الصحة

النظم الصحية

- **المعيار 1.1** تقديم الخدمة الصحية
- **المعيار 2.1** القوى العاملة الصحية
- **المعيار 3.1** الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية
- **المعيار 4.1** تمويل الصحة
- **المعيار 5.1** المعلومات الصحية

الرعاية الصحية الأساسية

الأمراض المعدية

- **المعيار 1.1.2** الوقاية
- **المعيار 2.1.2** المراقبة وكشف التفشي والاستجابة المبكرة
- **المعيار 3.1.2** التشخيص وإدارة الحالات
- **المعيار 4.1.2** التأهب والاستجابة للتفشي

صحة الطفل

- **المعيار 1.2.2** أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات
- **المعيار 2.2.2** التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال

الصحة الجنسية والإنجابية

- **المعيار 1.3.2** الرعاية الصحية الإنجابية للأم ولحديثي الولادة
- **المعيار 2.3.2** العنف الجنسي والتدبير السريري لحالات الاغتصاب
- **المعيار 3.3.2** فيروس نقص المناعة البشرية

رعاية الإصابات والصدمات

- **المعيار 4.2** رعاية الإصابات والصدمات

الصحة العقلية

- **المعيار 5.2** رعاية الصحة العقلية

الأمراض غير المعدية

- **المعيار 6.2** رعاية الأمراض غير المعدية

الرعاية التلطيفية

- **المعيار 7.2** الرعاية التلطيفية

الملحق 1 قوائم تحقق التقييمات الصحية

الملحق 2 نماذج تقرير المراقبة الأسبوعية للعينة

الملحق 3 صيغ حسابات المؤشرات الصحية الأساسية

الملحق 4 التسمم

المحتويات

المبادئ الأساسية في الصحة

لكل فرد الحق في الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت المناسب

تمثل المعايير الدنيا التي أقرها دليل اسفير للرعاية الصحية تعبيراً عملياً عن الحق في رعاية صحية في السياقات الإنسانية. وترتكز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقي المساعدة الإنسانية حسب الحاجة.

للاطلاع على قائمة بالوثائق القانونية ووثائق السياسات الرئيسية التي تتمحور حول الميثاق الإنساني، بما يشمل التعليقات التوضيحية الموجهة للعاملين في المجال الإنساني، ⊕ انظر الملحق 1: الأساس القانوني لاسفير.

هدف الرعاية الصحية في الأزمات هو الحد من الاعتلال والوفيات الزائدة

تؤثر الأزمات الإنسانية تأثيرًا كبيرًا على صحة الأشخاص المتضررين ورفاهيتهم. ويعد الحصول على الرعاية الصحية المنقذة للأرواح أمرًا حاسمًا في المراحل الأولى من الحالة الطارئة. قد تشمل الرعاية الصحية أيضًا الإرشاد الصحي والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية التلطيفية في أي مرحلة من مراحل الاستجابة.

قد يكون تأثير الأزمة على الصحة العامة مباشرًا (الإصابة أو الوفاة الناتجة عن الأزمة نفسها) أو غير مباشر (تغير في ظروف المعيشة أو النزوح القسري أو انعدام الحماية القانونية أو الحد من الحصول على الرعاية الصحية).

إن الاكتظاظ والمأوى غير الملائم وضعف الإصحاح وعدم كفاية المياه من حيث الكيف والكم وانخفاض الأمن الغذائي جميعها عوامل تزيد من خطر سوء التغذية وتفشي الأمراض المعدية. كما قد تحفز عوامل الإجهاد المفرطة أيضًا الحالات المتعلقة بالصحة العقلية. وقد يؤدي تآكل آليات الدعم الاجتماعي ونظم المساعدة الذاتية إلى تبني آليات مواجهة سلبية كما قد ينخفض سلوك التماس المساعدة. ويمكن أن يؤدي انخفاض الوصول إلى الرعاية الصحية وتعطيل إمدادات الأدوية إلى الإخلال بعمليات العلاج الجارية، مثل الرعاية الصحية للأمهات ومرض نقص المناعة البشرية وحالات الصحة العقلية.

الهدف الأول للاستجابة الصحية أثناء الأزمات هو الوقاية من معدلات الاعتلال والوفيات الزائدة والحد منها. وسوف تتباين أنماط الوفيات والاعتلال، ومن ثم احتياجات الرعاية الصحية، وفقًا لنوع كل أزمة ومداها.

من بين المؤشرات الأكثر فائدة فيما يتعلق برصد شدة الأزمة وتقييمها هي معدل الوفيات الخام (CMR) والمؤشر الأكثر حساسية وهو معدل الوفيات الخام في العمر دون الخامسة. تشير حالة مضاعفة خط أساس معدل الوفيات الخام أو معدل الوفيات الخام في عمر دون الخامسة أو ما يزيد عنها إلى حالة طوارئ صحية عامة كبيرة وتتطلب استجابة فورية ⊕ انظر الملحق 3: صيغ حسابات المؤشرات الصحية الأساسية.

في حالة غياب خط أساس معروف، تشكل الصيغ التالية عتبة الطوارئ:

- معدل الوفيات الخام >10,000/1 يوميًا
- معدل الوفيات الخام في عمر دون الخامسة >10000/2 يوميًا

يجب تقرير عتبات الطوارئ على الصعيد القُطري. وفي حالة تجاوز معدل الوفيات الخام في عمر دون الخامسة لعتبات الطوارئ بالفعل، فسوف يكون من غير الأخلاقي انتظار مضاعفته.

دعم النظم الصحية القائمة وتطويرها

سوف يحقق نهج النظم الصحية تدريجيًا الحق في الصحة خلال الأزمة والتعافي؛ لذا من المهم الأخذ في الاعتبار كيفية دعم النظم القائمة. وسوف يؤدي التعاقد مع موظفين (محليين ودوليين) إلى آثار قصيرة وطويلة

الأجل على النظم الصحية الوطنية. كما يمكن أن تؤدي عمليات التدخل الصحية جيدة التخطيط بعد إجراء التحليل إلى تعزيز النظم الصحية القائمة وقدرتها على التعافي في المستقبل وتطورها.

في المرحلة الأولى من الأزمة، أعط الأولوية إلى التقييمات الصحية الموجهة و التقييمات السريعة متعددة القطاعات. ويجب ألا يعيق نقص المعلومات والمناطق التي يصعب الوصول إليه من اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة العامة في الوقت المناسب. أجر تقييمات أكثر شمولًا في أقرب وقت ممكن.

تحتاج تحتاج الحضرية إلى نهج مختلف للاستجابات الصحية

يجب أن تأخذ الاستجابات الحضرية في اعتبارها الكثافة السكانية وسياسات البيئة الإنشائية والهياكل الاجتماعية والخدمات الاجتماعية القائمة. ويفرض تحديد السكان المعرضين للخطر أو غير المتمتعين بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية تحديًا. وقد يتجاوز حجم الحاجة ما يمكن تقديمه بشكل سريع. كما يندر أن يعرف ملتمسي اللجوء في البلدات والمدن الخدمات الصحية القائمة أو كيفية الوصول إليها، مما يرفع من خطر زيادة الأمراض المعدية. سوف تساعد التوعية الناس على التكيف مع أوجه الإجهاد الحضرية الجديدة على شاكلة عدم كفاية الحصول على المأوى أو الطعام أو الرعاية الصحية أو الوظائف أو شبكات الدعم الاجتماعي.

تنتشر الشائعات والمعلومات المغلوطة سريعًا في المدن. استخدم التكنولوجيا لتوفير معلومات دقيقة وفورية حول الرعاية الصحية والخدمات. وفي الغالب ما يكون مقدمو الرعاية الصحية على المستوى الثاني والثالث أنشط في المدن، ومن ثم عزز قدرة هؤلاء المزودين على تقديم الرعاية الصحية الأولية، وأشركهم في أنظمة الإنذار المبكر والاستجابة للأمراض المعدية وعزز من قدرتهم على تقديم خدماتهم المتخصصة المعتادة.

ينبغي ألا تُطبّق هذه المعايير الدنيا بمعزل عن المعايير الأخرى

تعكس المعايير الدنيا في هذا الفصل المحتوى الأساسي للحق في الرعاية الصحية الملائمة والمساهمة في تحقيق هذا الحق تدريجيًا على مستوى العالم. ويرتبط هذا الحق بحقوق الحصول على المياه والإصحاح والغذاء والمأوى. كما يؤثر تحقيق معايير اسفير الدنيا في مجال واحد على التقدم في مجالات أخرى. نسّق بشكل وثيق مع القطاعات الأخرى وتعاون معها.

نسّق مع السلطات المحلية ووكالات الاستجابة الأخرى لضمان تلبية الاحتياجات وعدم تكرار الجهود وللوصول بجودة الاستجابة للرعاية الصحية للحد الأمثل. كما يعد التنسيق بين جهات الرعاية الصحية أمرًا هامًا لتلبية الاحتياجات دون تحيز وللتأكد من تمتع الأشخاص الذين يصعب الوصول إليهم أو المعرضون للخطر أو المهمشون بإمكانية الوصول للرعاية. تشير الإحالات المرجعية عبر الدليل إلى بعض الروابط المحتملة.

عندما تكون المعايير الوطنية أقل من معايير اسفير الدنيا، فتعاون مع الحكومة من أجل رفعها تدريجيًا.

يجب تقرير تحديد الأولويات على أساس المعلومات السليمة التي تتم مشاركتها بين القطاعات والتي تتم مراجعتها مع تطور الوضع.

يحمي القانون الدولي الحق في الرعاية الصحية على وجه التحديد

يجب توفير الرعاية الصحية دون تمييز، ويجب أن تكون في المتناول؛ ويعني ذلك توفرها ومقبوليتها وأن تكون ميسورة التكلفة وذات جودة حسنة. إن الدول ملزمة بضمان هذه الحقوق خلال الأزمات ⊕ انظر الملحق ١: الأساس القانوني لاسفير.

يمكن ضمان الحق في الرعاية الصحية إلا إذا:

- تمتع السكان بالحماية؛
- تمتع المهنيين المسؤولين عن النظام الصحي بالتدريب الجيد والتزامهم بالمبادئ الأخلاقية العالمية والمعايير المهنية؛

- تلبية النظام الصحي للحد الأدنى من المعايير؛
- قدرة الدولة ورغبتها في تهيئة ظروف آمنة ومستقرة والحفاظ عليها بحيث يتم توفير الرعاية الصحية من خلالها.

تعد الهجمات والتهديدات والعراقيل العنيفة الأخرى التي تواجهه موظفي الرعاية الصحية ومنشآتها وعمليات النقل الطبي انتهاكًا للقانون الدولي الإنساني. وتنبع هذه الحماية من الالتزامات الأساسية باحترام المصابين والمرضى وحمايتهم.

يجب أن تضع المنظمات الإنسانية في اعتبارها وبحرص طبيعة أي تهديدات وكيفية التصدي لها. على سبيل المثال، قد يتم التعامل مع هجوم من جيش وطني بشكل مختلف عن تهديد من مجتمع محلي ⊕ انظر الاعتبارات الخاصة لحماية الرعاية الصحية أدناه.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

ينبغي على جهات الرعاية الصحية أن ترعى الجرحى والمرضى بطريقة إنسانية، وأن توفر رعاية غير متحيزة دون تمييز على أساس الحاجة. ومن المهم ضمان السرية وحماية البيانات والحصوصية، من أجل حماية الأفراد من العنف والإساءة والمشكلات الأخرى.

يعد الطاقم الطبي هو أول المستجيبين في حالات العنف ضد الأفراد والعنف القائم على نوع الجنس وإهمال الأطفال. درّب الطاقم على تحديد الحالات وإحالتها للرعاية الاجتماعية أو جهات الحماية باستخدام نظم سرية للاتصال والإحالة. يمثل الأطفال المنفصلون أو غير المصحوبين مع ذويهم والمحتاجون لرعاية صحية حرجة دون وجود موافقة من الوصي القانوني تحديًا خاصًا لمسألة الحماية. تشاور مع الطفل والسلطات المحلية المعنية إن أمكن. ويعد الحق في الحياة والرعاية الصحية أمرًا أساسيًا لتحقيق المصلحة المثلى للطفل وقد يفوق الحق في الحصول على الموافقة. ويجب أن تراعي القرارات السياق والأعراف والممارسات الثقافية. يتطلب الإخلاء الطبي الدولي والإحالة وتحرك الأطفال غير المصحوبين مع ذويهم توثيقًا صارمًا فضلًا عن إشراك خدمات الحماية والسلطات المحلية.

أصبحت هناك حاجة لتقديم الرعاية الصحية على نحو متزايد في البحر، بما في ذلك في المياه الدولية أو بمجرد إحضار الأفراد للشاطئ. وينتج عن هذا تحديات خاصة لمسألة الحماية وكذلك تعقيدات سياسة، ويتطلب تخطيطًا دقيقًا وكذلك تأهبًا وتخفيفًا لمخاطر الحماية.

قيّم بعناية التعاون المدني-العسكري، لاسيما في الصراعات. يمكن أن تكون الجهات العسكرية والمجموعات المسلحة جهات هامة لتقديم الرعاية الصحية، حتى للمدنيين. ويجوز للوكالات الإنسانية، وذلك كملاذ أخير، استخدام المقدرات العسكرية مثل دعم البنية التحتية لإعادة تهيئة إمدادات الطاقة للمنشآت الصحية أو استخدام المساعدة اللوجستية على شاكلة نقل المواد الصحية أو الإجلاء الطبي. وعلى الرغم من ذلك، ينبغي النظر في الاعتماد على الجهات العسكرية في سياق الحصول على الرعاية الطبية وتصورات الحيادية وعدم التحيّز ⊕ انظر الميثاق الإنساني والأوضاع المتعلقة بالقوات العسكرية المحلية أو الدولية في ما هو اسفير؟

عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسعة الواردة في المعيار الإنساني الأساسي. ويجب وضع آلية للتعقيبات خلال استجابات الرعاية الصحية ⊕ انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي 5.

اعتبارات خاصة لحماية الرعاية الصحية

يتطلب منع الهجمات على مرافق الرعاية الصحية وسيارات الإسعاف والعاملين في الرعاية الصحية بذل جهد متواصل على المستويات الدولية والقُطرية والمجتمعية. وتختلف طبيعة التهديدات اختلافًا كبيرًا تبعًا لسياقها وينبغي التعامل معها والإبلاغ عنها. ومن أجل حماية الرعاية الصحية، يجب على الجهات الصحية النظر في المسائل التالية أثناء عملهم وفي دعم وزارات الصحة والأطراف الأخرى المعنية.

يجب على الجهات الصحية تقديم أنفسها باعتبارها محايدة وغير متحيزة ويجب أن تعمل وفقًا لتلك المبادئ وذلك خلال جميع الحالات الطارئة – لاسيما أثناء النزاعات، حيث أن أطراف النزاع والمجتمع والمرضى قد لا يدركون ذلك بشكل جيد.

اتبع المبادئ الإنسانية ووفر رعاية صحية غير متحيزة اعتمادًا على الحاجة وحدها وذلك عند تقديم الخدمات الطبية الحرجة والمنقذة للحياة. واعتن بالمصابين والمرضى دون تمييز واحرص على سلامة المرضى وحافظ على سرية المعلومات والبيانات الشخصية وذلك لتعزيز الحيادية.

يمكن أن يساعد قبول المجتمعات المحلية والمسؤولين وأطراف النزاع في حماية الرعاية الصحية، ويجب على الجهات الصحية أن تقوم بكل من تثقيف المحيطين بها والحفاظ على تصور الحياد وعدم التحيز. وسوف يؤثر إن معيار الرعاية في مرفق الرعاية الصحية وجودة خدماته وموقع مرفق الرعاية الصحية (مثل وقوعه قريبًا من معسكر للجيش) سيؤثر أيضًا على هذه التصورات.

تطبق مرافق الرعاية الصحيحة سياسة «عدم حمل الأسلحة»، حيث تُترك الأسلحة خارج المرفق أو سيارة الإسعاف، حيث يعزز هذا البيئة المحايدة، ويمكن أن يمنع التوتر أو تصعيد النزاع داخل المرفق، ويمنع تحول المرفق لأن يكون هدفًا في حد ذاته.

اتخذ تدابير أمن فعلية لحماية المنشأة والطاقم من المخاطر. وفي نفس الوقت، افهم كيف يمكن أن تؤثر التدابير الأمنية على تصور الجمهور العام وقبولهم لمرفق الرعاية الصحية.

يجب أن تنظر المنظمات الإنسانية في المخاطر والمميزات المتعلقة بصورة خدماتهم وكيف يؤثر ذلك على ثقة المجتمع وقبوله لها. وقد يكون من الملائم الابتعاد عن الأنظار في بعض العمليات (على شاكلة عدم الترويج للأصول أو المواقع)، بينما قد يكون في بعضها الآخر من الأفضل عرض شعارات كبيرة على الأصول أو المواقع.

1. النظم الصحية

يمكن للنظام الصحي الذي يعمل بشكل جيد الاستجابة إلى جميع احتياجات الرعاية الصحية في الأزمات ويمكن أن تستمر نشاطات الرعاية الصحية الأخرى حتى في الأزمات الصحية واسعة النطاق، على شاكلة تفشي فيروس الإيبولا. وسوف تخضع الحالات اليسيرة للعلاج بالرغم من ذلك، وكذلك سوف تستمر برامج الرعاية الأولية بصحة الأم والطفل، وذلك للحد من زيادة الوفيات و المِراضة. كما سوف تساهم أي جهة تقوم بالإرشاد الصحي أو استعادة الوضع الصحي والحفاظ عليه في النظام الصحي بالكامل. ويشمل ذلك جميع المستويات بدءً من الجهات الوطنية والإقليمية والمقاطعة والمجتمع إلى مقدمي الرعاية داخل الأسرة والقطاع العسكري والقطاع الخاص.

خلال الأزمة، تضعف النظم الصحية وكذلك يضعف تقديم الرعاية الصحية في الغالب، حتى قبل زيادة الطلب عليها. وقد تحدث خسائر بين العاملين في الرعاية الصحية أو تتعطل الإمدادات الطبية أو تتلف البنية التحتية. من المهم فهم أثر الأزمة على النظم الصحية لتحديد أولويات الاستجابة الإنسانية.

ونادرًا ما تعمل الجهات الإنسانية في حالات الطوارئ حيثما لا يكون هناك نظام صحي قائم من قبل. وإذا كان النظام ضعيفًا فسوف يحتاج إلى تعزيزه أو تطويره (من خلال مسارات الإحالة والمعلومات الصحية والتحليل على سبيل المثال).

تتناول المعايير في هذا القسم الجوانب الخمس الأساسية في النظام الصحي العامل بشكل جيد:

- تقديم خدمات صحية جيدة؛
- قوى عاملة للرعاية الصحية مدربة ومحفَزة؛
- إمدادات مناسبة وإدارة واستخدام للأدوية ووجود مواد وتكنولوجيات للتشخيص؛
- تمويل ملائم للرعاية الصحية؛
- توفر معلومات صحية وتحليل جيدين.

تؤثر هذه الجوانب على بعضها البعض بعدة طرق. على سبيل المثال، سوف يؤثر عدم كفاية العاملين في الرعاية الصحية أو نقص الأدوية الأساسية على تقديم الخدمة.

تعد القيادة والتنسيق أمران حيويان لضمان تلبية الاحتياجات بطريقة غير محايدة. وتقود وزارة الصحة في العادة الاستجابة وتنسقها وقد تطلب الدعم من الجهات الصحية الأخرى. وفي بعض الأحيان تفتقد الوزارة القدرة أو الرغبة في القيام بهذا الدور بطريقة فعالة ومحايدة، ومن ثم فيجب على وكالة أخرى القيام بهذه المسؤولية. وفي حالة عدم تمتع وزارة الصحة لوصول إلى جميع مناطق البلد أو عدم قبولها في تلك المناطق، فيجب على الجهات الإنسانية السعي لدعم النظام القائم المقبول، لاسيما في حالة الطوارئ الحادة. حدد كيفية العمل مع الجهات غير الحكومية وغيرهم بعناية، وكذلك قدرتهم على توفير الرعاية الصحية للسكان أو تنسيقها.

يعد الوصول إلى السكان أمرًا هامًا إلا أنه يجب النظر فيه مع فهم واضح للمبادئ الإنسانية وتأثيراتها من أجل تحقيق مساعدة محايدة وغير متحيزة. وينبغي أن يحدث التنسيق على جميع مستويات الرعاية الصحية وفيما بينها بدءً من المستوى الوطني إلى المجتمعي، مع القطاعات الأخرى مثل قطاع المياه والإصحاح والنظافة والتغذية والتعليم، فضلاً عن المجموعات العاملة التقنية و متعددة القطاعات على شاكلة الرعاية العقلية والدعم النفسي الاجتماعي والعنف القائم على الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية.

معيار النظم الصحية 1.1:
تقديم الخدمة الصحية

يتمتع الناس بإمكانية وصول إلى رعاية صحية جيدة ومتكاملة والتي تتميز بأنها آمنة وفعالة وتتمحور حول المريض.

الإجراءات الأساسية

1 توفير رعاية صحية كافية ومناسبة على جميع مستويات النظام الصحي.

- تحديد أولويات الخدمات الصحية على المستوى القُطري، أو على المستوى التشغيلي الأقرب في حالة الطوارئ الحادة، استنادًا على نوع الأزمة والخصائص الوبائية وقدرة النظام الصحي.
- التعرف على أنواع الرعاية المختلفة التي يجب توفرها على المستويات المختلفة (الأسرة والمجتمع ومرفق الرعاية الصحية والمستشفى).

2 تهيئة آليات فرز ونظم إحالة أو تقويتها.

- تطبيق بروتوكولات للفرز في المرافق الصحية أو في المواقع الميدانية في حالات النزاعات ومن ثم يتم تحديد أولئك المحتاجين لرعاية عاجلة وعلاجهم بسرعة أو تحقيق استقرار حالتهم قبل إحالتهم ونقلهم لموضع آخر للحصول على مزيد من الرعاية.
- ضمان تحقيق إحالات فعالة بين مستويات الرعاية وخدماتها، بما يشمل خدمات نقل الطوارئ الآمنة والمحمية وبين القطاعات على شاكلة التغذية أو حماية الطفل.

3 تكييف بروتوكولات موحدة أو استخدامها للرعاية الصحية ولإدارة الحالات ولمنطق استخدام الأدوية.

- استخدام معايير وطنية، بما في ذلك قوائم الأدوية الأساسية، وكذلك التكيف مع سياق الطوارئ.
- استخدم المبادئ التوجيهية الدولية إذا كانت المبادئ التوجيهية الوطنية متقادمة أو غير متوفرة.

4 تقديم رعاية صحية تضمن حقوق المرضى وكرامتهم وخصوصيتهم وسريتهم وسلامتهم وموافقتهم المستنيرة.

- احرص على السلامة والخصوصية ومن ثم يمكن لجميع الأفراد الوصول إلى الرعاية، بما في ذلك الأفراد المصابين بحالات ترتبط بوصمات العار في الغالب، على شاكلة مرضى فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض المنقولة جنسيًا.

5 وفر رعاية صحية آمنة و امنع الأضرار أو الوقائع الطبية السيئة أو سوء المعاملة.

- نفذ نظام للإبلاغ بشأن الوقائع الطبية السيئة ومراجعتها.
- ضع سياسة للإبلاغ عن أي سوء معاملة أو عنف جنسي.

6 استخدم تدابير مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها بما يشمل المعايير الدنيا لقطاع المياه والإصحاح والنظافة وآليات التخلص من النفايات الطبية في جميع بيئات الرعاية الصحية.

- خلال تفشي الأمراض مثل الكوليرا أو الإيبولا، اسع للحصول على توجيه شامل من جهات مختصة مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف ومنظمة أطباء بلا حدود.

7 إدارة أو دفن الموتى بطريقة آمنة وكريمة وملائمة ثقافيًا، استنادًا على ممارسة صحية عامة جيدة.

المؤشرات الأساسية

نسبة السكان القادرين على الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية خلال ساعة سيرًا على الأقدام من المساكن

- الحد الأدنى 80 بالمئة

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تقدم خدمات صحية ذات أولوية

- الحد الأدنى 80 بالمئة

عدد أسرّة المرضى المقيمين (باستثناء الأسر المخصصة للأمومة) لكل 10 آلاف شخص

- الحد الادنى 18

نسبة السكان المحتاجين لإحالة والذين تم فحصهم في مستوى الرعاية الصحية التالي

نسبة المرضى المحولين خلال الوقت المناسب

ملاحظات إرشادية

يعتمد الوصول إلى الرعاية الصحية على توفرها، بما في ذلك الوصول المادي والمقبولية وتيسر التكاليف للجميع.

التوفر: يمكن تقديم الرعاية الصحية من خلال مزيج من مرافق الرعاية الصحية على مستوى المجتمع أو المتنقلة أو الثابتة. ويختلف عدد كل منها ونوعه وموقعه استنادًا إلى السياق. ويتمثل المبدأ التوجيهي الواسع للتغطية المخطط لها لمرافق الرعاية الصحية الثابتة فيما يلي:

- مرافق رعاية صحية واحد لكل 10 آلاف شخص.
- مستشفى ريفية أو للحي لكل 250 ألف شخص.

وبالرغم من ذلك، لا يضمن ذلك تغطية صحية ملائمة في جميع البيئات. ففي المناطق الريفية، من الأفضل أن يكون الهدف هو مرفق واحد لكل 50 ألف شخص، جنبًا إلى جنب مع برامج مجتمعية لإدارة الحالات وعيادات متنقلة. وفي المناطق الحضرية، يمكن أن تكون مرافق الرعاية الصحية الثانوية هي أول نقاط الوصول، ومن ثم تغطي الرعاية الأولية عدد سكان يزيد عن 10 آلاف.

يعد توفير القدرة على سد الاحتياجات المفاجأة للرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية في حالات الطوارئ. تجنب تكرار الخدمات القائمة، مما يؤدي إلى هدر الموارد وخفض الثقة في المرافق القائمة. ويحتاج الناس إلى الثقة للعودة لهذه المرافق عندما تغلق المرافق المؤقتة.

راقب معدلات استخدام الخدمات. قد يشير انخفاض المؤشرات إلى ضعف الجودة أو عقبات التكلفة المباشرة أو غير المباشرة أو تفضيل خدمات أخرى أو المبالغة في تقدير السكان أو غيرها من مشاكل الوصول الأخرى. وقد تشير المعدلات المرتفعة إلى وجود مشكلة صحة عامة أو التقليل في تقدير السكان أو تشير إلى مشكلات في الوصول إلى أماكن أخرى. يجب تحليل جميع البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة والعرق والعوامل الأخرى التي قد تكون مناسبة للسياق. لحساب معدل الاستخدام ⊕ انظر الملحق 3.

المقبولية: تشاور مع جميع قطاعات المجتمع للتعرف على عراقيل الحصول على الخدمات ومعالجتها من أجل قطاعات المجتمع المختلفة، وجميع أطراف النزاع، لاسيما الفئات المعرضة للخطر. تعاون مع النساء والرجال والأطفال والأشخاص الذين يتعرضون بشكل مرتفع لفيروس نقص المناعة البشرية وذوي الإعاقة وكبار السن وذلك لفهم سلوك التماس الصحة. وسوف تؤدي المشاركة مع الأفراد في تصميم الرعاية الصحية إلى مشاركة المرضى وتعزز توقيت الرعاية.

القدرة على تحمل التكاليف: ⊕ انظر معيار النظم الصحية 4.1: تمويل الصحة.

الرعاية على المستوى المجتمعي: تشمل الرعاية الصحية الأولية رعاية الأسرة والمجتمع. وقد تكون إمكانية الوصول للرعاية الصحية الأولية عن طريق العاملين في الصحة المجتمعية أو المتطوعين أو المعلمين الأقران أو بالتعاون مع لجان الصحة في القرية من أجل زيادة إشراك المرضى والمجتمع. وقد تتراوح الرعاية بدءً من برامج الوقاية إلى الإرشاد الصحي أو إدارة الحالات وتعتمد على السياق. ويجب أن تقيم جميع البرامج صلات مع أقرب مرفق رعاية صحية أولية وذلك لضمان تحقيق الرعاية المتكاملة والإشراف السريري ومراقبة البرنامج. وفي حالة الحاجة إلى قيام العاملين في الصحة المجتمعية بإجراء الفحص لسوء التغذية أو الإحالة لخدمات التغذية في المرافق الصحية أو المواقع الأخرى ⊕ انظر معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 1.2: تقدير التغذية. ولدمج الرعاية مع البرامج المجتمعية في القطاعات الأخرى، على شاكلة قطاع المياه والإصحاح والنظافة والتغذية ⊕ انظر معيار نظافة المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة 1.1 الأمن الغذائي والتغذية - إدارة سوء التغذية 1.2.

ينبغي توفير نظم **إحالة الطوارئ** مع آليات نقل محمية وآمنة ومحددة سلفًا على مدار الساعة يوميًا طوال أيام الأسبوع. ويجب أن تكون هناك عملية تسليم سريرية بين القائم بالتحويل ومقدم الرعاية الصحية المتلقي.

حقوق المرضى: صمم مرافق صحية وخدمات تضمن الخصوصية والسرية، على شاكلة غرفة الاستشارات المنفصلة، واسع للحصول على الموافقة المستنيرة من أولياء الأمور أو الأوصياء، قبل الإجراءات الطبية أو الجراحية. تعامل مع أي اعتبارات خاصة قد تؤثر على الموافقة المستنيرة أو السلامة، مثل العمر أو الجنس أو الإعاقة أو اللغة أو العرق، وأنشئ آليات للحصول على التغذية الراجعة من المرضى في أقرب وقت ممكن. واحم بيانات المريض ⊕ انظر معيار النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية.

المرافق المناسبة والآمنة: طبق بروتوكولات الاستخدام الرشيد للأدوية والإدارة الآمنة للأدوية والأجهزة ⊕ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية.

تأكد من أن المرافق مناسبة حتى في حالات الطوارئ، ومن وجود مساحات خاصة للاستشارات وتنظيم لتدفق المرضى ووجود مسافة متر واحد بين الأسرّة وتهوية وغرفة تعقيم (ليست في الهواء الطلق) للمستشفيات، وكذلك إمدادات كافية من الطاقة لدعم المعدات الهامة والإجراءات المناسبة للمياه والإصحاح والنظافة. خلال تفشي الأمراض، وراجع متطلبات البنية التحتية والتوجيه بما يشمل على سبيل المثال مناطق الفرز والرصد والعزل.

ضع تدابير لتحقيق أمن وحماية وإمكانية الوصول للمرافق الصحية خلال الأزمات مثل الفيضانات أو النزاعات.

تُعد **الوقاية من العدوى ومكافحتها** أمرًا أساسيًا في جميع البيئات وذلك لمنع الأمراض ومقاومة مضادات الميكروبات. وحتى في حالة عدم وجود أزمات، فسوف يتعرض 12 في المئة من المرضى بشكل عام لعدوى خلال تلقي الرعاية الصحية، كما أن 50 بالمئة من أنواع العدوى التالية للجراحات مقاومة للمضادات الحيوية المعروفة.

تشمل عناصر الوقاية الأساسية من العدوى ومكافحتها وضع مبادئ توجيهية وتطبيقها (فيما يتعلق بالاحتياطات العادية والاحتياطات المستندة على انتقال العدوى وأساليب التعقيم السريرية)، وكذلك توفر فريق للوقاية من العدوى ومكافحتها في كل موضع وتدريب العاملين في الرعاية الصحية ومراقبة البرامج ودمج الكشف عن أنواع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية ومقاومة مضادات الميكروبات في نظم المراقبة. ويجب أن تشمل بيئات الرعاية الصحية على طاقم موظفين وأعباء عمل مناسبة وإشغال مناسب للأسرّة عدم وجود أكثر من مريض على كل سرير وكذلك البيئة المبنية ⊕ انظر معيار النظم الصحية 2.1: القوى العاملة في الرعاية الصحية ⊕ انظر المرافق المناسبة والآمنة أعلاه، البنية التحتية للمياه والإصحاح والنظافة ومعداتها ⊕ انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

تعد الاحتياطات القياسية جزء من تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها وتشمل:

- الوقاية من الإصابات الناجمة عن الأدوات الحادة: التعامل بحرص مع الإبر والمشارط والأدوات الحادة عند تنظيف المعدات المستخدمة أو التخلص من الإبر المستخدمة على سبيل المثال. وعند تعرض أي شخص لإصابة بأداة حادة، فيجب تقديم علاج وقائي بعد التعرض الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية خلال 72 ساعة ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية-معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.3: مرض نقص المناعة البشرية.
- استخدام معدات الوقاية الشخصية: وفر معدات وقاية شخصية مناسبة وفقًا للمخاطر وللمهمة التي يتعين القيام بها. قدّر نوع التعرض المتوقع (على سبيل المثال، دفقات السوائل أو الرذاذ أو الاتصال أو اللمس) وكذلك فئة انتقال المرض؛ وديمومة وجاهزية المهمة (على سبيل المثال مقاومة السوائل أو منع السوائل)؛ وملائمة المعدات. وسوف تعتمد معدات الوقاية الشخصية الإضافية على نوع انتقال المرض: اللمس (على سبيل المثال يستخدم معه رداء الجراحة أو القفازات)؛ أو الرذاذ (يجب ارتداء أقنعة جراحية على بعد متر واحد من المريض)؛ أو كانت العدوى منقولة في الهواء (كمامات بمرشح جسيمات). ⊕ انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.
- تشمل التدابير الأخرى نظافة اليدين وإدارة نفايات الرعاية الصحية والحفاظ على البيئة نظيفة وتنظيف الأجهزة الطبية والنظافة التنفسية والتعامل الصحي مع السعال وفهم مبادئ التطهير ⊕ انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

الوقائع السلبية: يعاني 10 بالمئة من مرضى المستشفيات على مستوى العالم من واقعة سلبية (حتى خارج الأزمات الإنسانية) والتي تكون غالبًا بسبب إجراءات جراحية غير آمنة أو أخطاء دوائية أو عدوى مرتبطة بالرعاية الصحية. يجب الحفاظ على سجل الوقائع السلبية في كل مرفق رعاية صحية ويجب مراجعته لتعزيز التعلم.

التعامل مع جثث المتوفين: اتبع التقاليد والممارسات الإيمانية المحلية للتعامل مع جثث المتوفين باحترام ولتحديد الرفات وإعادته للأسر. سواء عند تفشي وباء أو وقوع كارثة طبيعية أو نزاع أو عملية قتل جماعي، تحتاج إدارة الوفيات إلى تعاون بين قطاعات الصحة وقطاع المياه والإصحاح والنظافة وقطاعات القانون والحماية والطب الشرعي.

نادرًا ما تمثل الجثث خطرًا صحيًا فورياً. وتتطلب بعض الأمراض (مثل الكوليرا أو فيروس الإيبولا) إدارة خاصة. قد تحتاج استعادة الجثث إلى معدات وقائية ومعدات للاستعادة والنقل والتخزين وكذلك التوثيق. ⊕ انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

معيار النظم الصحية 2.1: القوى العاملة الصحية

يمكن للأفراد الوصول إلى عاملين في الرعاية الصحية يتمتعون بالمهارات المناسبة في كافة مستويات الرعاية الصحية.

الإجراءات الأساسية

1. راجع مستويات التوظيف والتوزيع الحالية بالمقارنة مع التصنيفات الوطنية، وذلك لتحديد العجز والمجالات المفتقرة لخدمات.

   - تتبع مستويات التوظيف لكل 1000 فرد، حسب الوظيفة ومكان العمل.

2 درّب الموظفين على أدوارهم حسب المعايير الوطنية أو المبادئ التوجيهية الدولية.

- اعلم أن أدوار الموظفين في حالات الطوارئ الحادة قد تتوسع ويحتاجون إلى تدريب ودعم.
- قدم دورات تدريبية تنشيطية في حالة كانت معدلات تبديل الموظفين عالية.

3 ادعم العاملين في الرعاية الصحية للعمل في بيئة عمل آمنة.

- طبق جميع التدابير المحتملة وادع لها لحماية العاملين في الرعاية الصحية في النزاعات.
- قدم تدريبًا صحيًا مهنيًا وتحصينات الفيروس الكبدي الوبائي ب والكزاز للعاملين في العيادات.
- قدم إجراءات مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها ومعدات وقاية شخصية لتنفيذ مهمات الموظفين.

4 ضع استراتيجيات للحوافز والرواتب تحد من الفوارق في الأجور وعدم التوزيع العادل للعاملين في الرعاية الصحية بين وزارة الصحة وغيرها من مقدمي الرعاية الصحية.

5 تبادل بيانات القوى العاملة في الرعاية الصحية ومعلومات الجاهزية مع وزارة الصحة والهيئات المعنية الأخرى محليًا ووطنيًا.

- انتبه لنزوح العاملين في الرعاية الصحية ورحيلهم أثناء الصراع.

المؤشرات الأساسية

عدد العاملين الصحيين المجتمعيين لكل ألف فرد

- الحد الأدنى 1-2 من عمال الصحة المجتمعيين

نسبة الولادات تحت إشراف موظفين مهرة (أطباء وممرضات وقابلات)

- الحد الأدنى 80 بالمئة

عدد الموظفين المؤهلين المشرفين على الولادات (أطباء وممرضات وقابلات) لكل 10 آلاف شخص

- الحد الأدنى 23 لكل 10 آلاف شخص

تلقي جميع الموظفين القائمين بأعمال سريرية لتدريب على البروتوكولات السريرية وإدارة الحالات

ملاحظات إرشادية

توفر العاملين في مجال الرعاية الصحية: تشمل القوى العاملة في الرعاية الصحية الأطباء والممرضات والقابلات وموظفي العيادات وفنيي المختبرات والصيادلة والعاملين الصحيين المجتمعيين فضلًا عن موظفي الإدارة والدعم. يجب أن يطابق عدد العاملين ومميزاتهم احتياجات السكان والخدمات. وقد يؤدي النقص في التوظيف إلى أعباء عمل مفرطة ورعاية صحية غير آمنة. ادمج العاملين الحاليين في الرعاية الصحية في استجابة الطوارئ.

اتبع المبادئ التوجيهية الوطنية (أو الدولية عند عدم توفر الوطنية) عند توظيف موظفين محليين وتدريبهم. ويجب أن يتبع توظيف الموظفين الدوليين اللوائح الوطنية والوزارية (على سبيل المثال ما يتعلق بإثبات المؤهلات لاسيما في الممارسات السريرية).

انظر باعتبار لرعاية من يصعب الوصول إليهم في مناطق ريفية وحضرية، بما يشمل الموجودين على مقربة من النزاع. ويجب أن يوفر طاقم الموظفين الرعاية للأشخاص من جميع الأعراق واللغات والانتماءات. وظف عاملي رعاية صحية ذوي مستوى للتوعية المجتمعية أو إدارة الحالات في الفرق المحمولة أو المراكز الصحية وضع آليات إحالة قوية. وقد تكون هناك حاجة لوجود مجموعات من الحوافز للعمل في المناطق الصعبة.

العاملون في الصحة المجتمعية: البرمجة المجتمعية مع العاملين في الصحة المجتمعية تزيد من الوصول إلى السكان الذين يصعب الوصول إليهم، ويشمل ذلك المهمشين أو الموصومين بالعار.

في حالة وجود موانع جغرافية أو مسائل تتعلق بالمقبولية في المجتمعات المختلفة، فلن يتمكن العامل الصحي المجتمعي إلا من خدمة 300 شخص بدلًا من 500.

تتباين أعمال العاملين في الصحة المجتمعية. وقد يتم تدريبهم على الإسعافات الأولية أو إدارة الحالات أو قيامهم بعمل مسح صحي. ويجب ربطهم بأقرب مرفق رعاية صحية وذلك لضمان تحقيق الإشراف المناسب والرعاية المتكاملة. في الغالب لا يمكن استيعاب العاملين في الصحة المجتمعية في النظام الصحي عند انحسار الحالة الطارئة. ففي بعض السياقات، لا يمكن لعامل الصحة المجتمعية في العادة إلا العمل في البيئات الريفية، ومن ثم تكون هناك حاجة لنموذج مختلف في الأزمات الحضرية.

المقبولية: تُعزز تلبية التوقعات الاجتماعية الثقافية للأشخاص من مشاركة المرضى. ويجب أن يعكس طاقم التوظيف تنوع السكان وذلك بمزيج من الفئات المختلفة اقتصاديًا واجتماعيًا وعرقيًا ولغويًا وحسب التوجه الجنسي وكذلك يعكس توازنًا مناسبًا بين الجنسين.

الجودة: يجب أن تدرب المنظمات الموظفين وتشرف عليهم لضمان أن تكون معرفتهم مواكبة للتطورات وضمان سلامة ممارساتهم. حقق المواءمة بين برامج التدريب والمبادئ التوجيهية الوطنية (مع تكييفها للطوارئ) أو المبادئ التوجيهية الدولية المتفق عليها.

اشمل التدريب على:

- البروتوكولات السريرية وإدارة الحالات؛
- إجراءات التشغيل القياسية (مثل الوقاية من العدوى ومكافحتها وإدارة النفايات الطبية)؛
- الأمن والسلامة (مع تكييفها مع مستوى الخطر)؛
- قواعد السلوك (مثل الأخلاقيات الطبية وحقوق المرضى والمبادئ الإنسانية والحماية من الاستغلال الجنسي وسوء المعاملة) ⊕ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية-الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2: العنف الجنسي والإدارة السريرية لحالات الاغتصاب ومبادئ الحماية.

سوف يشجع الإشراف المنتظم ومراقبة الجودة على الممارسة الجيدة. لن يضمن التدريب لمرة واحدة الجودة.

شارك مع وزارة الصحة سجلات خاصة بمتلقي التدريب ومجال التدريب والقائم بالتدريب وموعد التدريب ومكانه.

معيار النظم الصحية 3.1:
الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية

يتمتع الأفراد بإمكانية الوصول إلى الأدوية والأجهزة الطبية الأساسية والتي تتميز بأنها آمنة وفعالة ومضمونة الجودة.

الإجراءات الأساسية

1 أنشئ قوائم موحدة للأدوية والأجهزة الطبية الأساسية الخاصة بأولويات الرعاية الصحية.

- راجع القائمة الوطنية الحالية الخاصة بالأدوية والأجهزة الطبية الأساسية في وقت مبكر من الاستجابة وقم بتكييفها مع سياق حالة الطوارئ.
- أولي عناية خاصة للأدوية الخاضعة للمراقبة والتي قد تحتاج إلى دعوات مخصوصة لضمان توفرها.

2 انشئ نظم إدارة فعالة لضمان توفر أدوية وأجهزة طبية أساسية آمنة.

- اشمل النقل والتخزين وسلسلة تبريد اللقاحات، فضلًا عن جمع مشتقات الدم وتخزينها.

3 اقبل تبرعات الأدوية والأجهزة الطبية فقط في حالة اتباعها للمبادئ التوجيهية المعترف بها دوليًا.

المؤشرات الأساسية

عدد الأيام التي لا تتوفر فيها الأدوية الأساسية

- 4 أيام كحد أقصى من أصل 30 يومًا

نسبة المرافق الصحية التي تتوفر بها أدوية أساسية

- الحد الأدنى 80 بالمئة

نسبة المرافق الصحية التي تتوفر بها أجهزة طبية أساسية عاملة

- الحد الأدنى 80 بالمئة

جميع الأدوية تصرف للمرضى قبل تاريخ انتهاء الصلاحية

ملاحظات إرشادية

إدارة الأدوية الأساسية: تشمل الأدوية الأساسية الأدوية واللقاحات ومشتقات الدم تضمن الإدارة الجيدة للأدوية توفرها، كما أنها تحظر الأدوية غير الآمنة أو منتهية الصلاحية. إن عناصر الإدارة الرئيسية هي الاختيار والتوقع والمشتريات والتخزين والتوزيع.

يجب أن يعتمد **الاختيار** على قائمة الأدوية الأساسية الوطنية. ادع إلى سد أي ثغرات، على شاكلة أدوية الأمراض غير المعدية والصحة الإنجابية وتخفيف الآلام للرعاية التسكينية والجراحة والتخدير والصحة العقلية والأدوية الخاضعة للمراقبة (انظر أدناه) وغيرها.

يجب أن يعتمد **التوقع** على الاستهلاك وبيانات الاعتلال وتحليل السياق. وقد تتعطل إمدادات الأدوية الوطنية في حالة تأثر المصنعين المحليين أو تلف المستودعات أو تأخر المشتريات الدولية وذلك من بين عوامل أخرى.

يجب أن تلتزم طرق **المشتريات** بالقوانين الدولية والأنظمة الجمركية وآليات ضمان الجودة للمشتريات الدولية. ادع إلى تعزيز الآليات في حالة وقوع تأخيرات (من خلال وزارة الصحة أو وكالة رائدة أو هيئة إدارة الكوارث الوطنية أو منسق الشؤون الإنسانية). وفي حالة عدم وجود أنظمة، اشترِ المنتجات المعتمدة مسبقًا أثناء فترة صلاحيتها وبلغة البلد والقوى العاملة في الرعاية الصحية.

التخزين: ينبغي تخزين الأدوية بأمان طوال فترة دورة إمداد الأدوية. تتباين المتطلبات حسب المنتجات. وينبغي ألا تُخزن الأدوية مباشرة على الأرضيات. تأكد من وجود مناطق منفصلة للمنتجات منتهية الصلاحية (مغلقة) والمنتجات القابلة للاشتعال (جيدة التهوية مع حماية ضد الحريق) والمواد الخاضعة للمراقبة (تأمين إضافي) والمنتجات التي تتطلب سلسلة تبريد أو تحكم في درجة الحرارة.

التوزيع: أنشئ آليات نقل آمنة ومحمية ويمكن التنبؤ بها وموثقة من المخزونات المركزية إلى مرافق الرعاية الصحية. قد يستخدم الشركاء نظام دفع (توريد تلقائي) أو سحب (توريد عند الطلب).

التخلص الآمن من الأدوية منتهية الصلاحية: يجب الوقاية من التلوث البيئي والأخطار على البشر. التزم باللوائح الوطنية (التي تم تكييفها للطوارئ) أو التوجيهات الدولية. ويعد الحرق بدرجة الحرارة فائقة الارتفاع أمرًا مكلفًا، فيما لا يعمل التخزين الدوائي إلا على مدى قصير الأجل ⊕ انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

الأجهزة الطبية الأساسية: حدد الأجهزة والمعدات الضرورية واشتريها (فيما يشمل الكواشف المختبرية والمعدات الكبيرة) على كل مستوى من مستويات الرعاية الصحية بحيث تحقق الالتزام على المستوى الوطني أو الدولي. اشمل أيضًا الأجهزة المساعدة لذوي الإعاقة، وتأكد من الاستخدام الآمن للأجهزة، بما يشمل الصيانة الدورية وتوريد قطع الغيار، ويفضل أن يكون محليًا. وأوقف العمل بالأجهزة بشكل آمن، ووزع أو استبدل الأجهزة المساعدة المفقودة ووفر معلومات واضحة عن الاستخدام والصيانة. ارجع إلى خدمات إعادة التأهيل فيما يتعلق بالأحجام المناسبة والتركيب والاستخدام والصيانة، وتجنب التوزيع لمرة واحدة.

تعتبر **المجموعات المعتمدة مسبقًا** مفيدة في مراحل الأزمة الأولى أو في التجهيز المسبق للتأهب، حيث أنها تحتوي على أدوية وأجهزة طبية أساسية معتمدة مسبقًا وتختلف حسب عملية التدخل الصحي. وتعد منظمة الصحة العالمية المزود الرائد في مجموعات المستلزمات المشتركة بين الوكالات ومجموعات الأمراض غير المعدية، بالإضافة إلى المجموعات الخاصة بالتعامل مع الإسهال والصدمات وغيرها. ويعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المزود الرائد لمجموعات الصحة الجنسية والإنجابية.

الأدوية الخاضعة للمراقبة: عادة ما تخضع أدوية تسكين الألم والصحة العقلية ونزيف ما بعد الولادة للمراقبة. وحيث أن 80 بالمئة من البلدان ذات الدخل المنخفض ليس لديها إمكانية الوصول إلى أدوية كافية لتخفيف الألم ، قم بالدعوة مع وزارة الصحة والحكومة لتعزيز توافرها.

مشتقات الدم: نسق مع خدمة نقل الدم الوطنية حيثما وجدت، ولا تجمع الدم إلا من المتطوعين، واخضع جميع المشتقات لفحص مرض نقص المناعة البشرية والفيروس الكبدي الوبائي ب وسي ومرض الزهري كحد أدنى، مع تصنيف الدم لمجموعات واختبار التوافق. خزن المشتقات ووزعها بأمان، ودرّب العاملين السريريين على الاستخدام الرشيد للدم ومشتقاته.

معيار النظم الصحية 4.1:
تمويل الصحة

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى رعاية صحية ذات أولوية مجانية خلال الأزمة.

الإجراءات الأساسية

1. خطط لإلغاء الرسوم على المستخدم أو تعليقها مؤقتًا حيثما كانت الرسوم تُجمع عبر النظم الحكومية.
2. خفض التكاليف غير المباشرة وغيرها من العقبات المالية المتعلقة بالوصول للخدمات واستخدامها.

المؤشرات الأساسية

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي لا تفرض رسوم على المستخدم للرعاية الصحية ذات الأولوية (بما يشمل الاستشارات والعلاج والفحص وتقديم الأدوية)

- الهدف 100 بالمئة

نسبة الأفراد الذين لا يقومون بأي عمليات دفع مباشرة للوصول للرعاية الصحية أو استخدامها (بما يشمل الاستشارات والعلاج والفحص وتقديم الأدوية)

- الهدف 100 بالمئة

ملاحظات إرشادية

الرسوم على المستخدم: يعرقل طلب الرسوم على الخدمات أثناء الحالة الطارئة إمكانية الوصول وقد يمنع الأفراد من التماس الرعاية الصحية.

سوف ينتج عن تعليق الرسوم على المستخدم لمزودي الرعاية الصحية الحكوميين ضغطًا ماليًا لا محالة. انظر في دعم مرافق وزارة الصحة وغيرها من المزودين المسؤولين الآخرين عن طريق رواتب وحوافز للموظفين وأدوية إضافية وأجهزة طبية وأجهزة مساعدة. وفي حالة التعليق المؤقت للرسوم على المستخدم، احرص على تلقي المستخدم لمعلومات واضحة حول التوقيتات والأسباب، وارصد إمكانية الوصول وجودة الخدمة.

يمكن تقليل **التكاليف غير المباشرة** عن طريق تقديم خدمات مناسبة في المجتمعات واستخدام آليات مخطط لها للنقل والإحالة.

المساعدة القائمة على النقد: تنص أهداف التغطية الصحية الشاملة 2030 على ضرورة حصول الناس على الرعاية الصحية دون تعرضهم لضائقة مالية غير مبررة. ولا يوجد دليل واضح على أن المساعدة المعتمدة على النقد لاسيما في الاستجابات الصحية في السياقات الإنسانية تؤدي إلى أثر إيجابي على النتائج الصحية، وفقًا لهذه الطبعة ⊕ انظر ما هو اسفير؟ ويشمل تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

تشير التجربة إمكانية المساعدة القائمة على النقد في حالة:

- استقرار الحالة الطارئة؛
- وجود خدمة يمكن التنبؤ لها لدعمها، مثل الرعاية السابقة للولادة أو إدارة الأمراض المزمنة؛
- هناك سلوك إيجابي قائم لالتماس الصحة وارتفاع الطلب؛
- تلبية الاحتياجات الأسرية الماسة الأخرى مثل الغذاء والمأوى.

معيار النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية

تسترشد الرعاية الصحية بالأدلة عن طريق جمع بيانات الصحة العامة ذات الصلة وتحليلها واستخدامها.

الإجراءات الأساسية

1. عزز نظام معلومات صحية أو طوره بحيث يوفر معلومات كافية ودقيقة وحديثة لتحقيق استجابة صحية فعالة ومنصفة.
   - تأكد أن نظام المعلومات الصحية يحتوى على جميع الجهات المعنية وأنه من السهل التطبيق والتجميع والتحليل والتفسير بغرض توجيه الاستجابة.
2. عزز آليات الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة لجميع الأخطار التي تتطلب استجابة فورية أو طورها.
   - قرر الأمراض والوقائع ذات الأولوية التي سيتم تضمينها استنادًا على خصائص الخطر الوبائي وسياق حالة الطوارئ.
   - ادمج كل من العناصر المعتمدة على المؤشرات والمعتمدة على الوقائع.
3. توافق على بيانات تشغيل ومؤشرات مشتركة واستخدمها.
   - انظر في القواسم المشتركة، مثل السكان وحجم الأسرة والتصنيف العمري.
   - انشئ مناطق إدارية و رموز جغرافية.

4 توافق على إجراءات تشغيل موحدة لجميع الجهات الصحية عند استخدام المعلومات الصحية.

5 اضمن وجود آليات لحماية البيانات وضمان حقوق الأفراد وسلامتهم وكذلك وحدات التقارير أو السكان أو كلاهما.

6 ادعم الجهة الرائدة في جمع البيانات الصحية وتحليلها وتفسيرها ونشرها لجميع الجهات المعنية بطريقة منتظمة وفي الوقت المناسب، وكذلك لتوجيه اتخاذ القرار في البرامج الصحية.

- اشمل تغطية الخدمات الصحية والاستفادة منها، وتحليل البيانات الوبائية وتفسيرها.

المؤشرات الأساسية

نسبة تقارير الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة/تقارير الرصد التي تم تقديمها في الوقت المحدد

- الحد الأدنى 80 بالمئة

تواتر تقارير المعلومات الصحية التي تنتجها الجهة الصحية الرائدة

- شهريًا كحد أدنى

ملاحظات إرشادية

نظام المعلومات الصحية: نظام المعلومات الصحية الفعال هو النظام الذي يضمن إنتاج وتحليل ونشر معلومات موثوقة في الوقت المناسب عن العوامل المحدِّدة للصحة، وكذلك عن أداء النظم الصحية والوضع الصحي. وقد تكون البيانات نوعية أو كمية أو تم جمعها من مصادر متنوعة، على شاكلة المسوح الاستقصائية للتعداد سجل الأحوال المدنية والمسوح الاستقصائية السكانية والمسوح الاستقصائية للاحتياجات الملموسة والسجلات الفردية وسجلات مرفق الرعاية الصحية (مثل نظم إدارة المعلومات الصحية). وينبغي أن تكون مرنة بما يكفي لدمج التحديات غير المتوقعة وتمثيلها، مثل حالات التفشي أو الانهيار التام للنظام أو الخدمات الصحية. وسوف تحدد المعلومات المشكلات والاحتياجات على جميع مستويات النظام الصحي.

اجمع المعلومات المفقودة عبر المزيد من التقديرات أو المسوح الاستقصائية، وضع في الاعتبار حركات الأشخاص العابرة للحدود، والمعلومات المطلوبة أو المتاحة، وقدم تحليلًا منتظمًا بشأن من يفعل ماذا وأين يفعله.

تستخدم **نظم إدارة المعلومات الصحية أو عمليات التقارير الروتينية** المعلومات الصحية الناتجة من مرافق الرعاية الصحية لتقييم أداء تقديم الرعاية الصحية، حيث تراقب تقديم عمليات تدخل محددة ومعالجة الحالات والمصادر على شاكلة كاشف توفر الأدوية والموارد البشرية ومعدلات الاستخدام.

المراقبة الصحية هي الجمع المستمر و المنتظم للبيانات الصحية وتحليلها وتفسيرها. وترصد مراقبة الأمراض على وجه التحديد الأمراض المختلفة وأنماط التدرج وفي الغالب يتم تسجيلها في تقرير نظم إدارة المعلومات الصحية.

الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة هو جزء من نظام المراقبة الصحية الروتينية، حيث يكشف عن التنبيه أو يولده فيما يتعلق بأي حادث يخص الصحة العامة والذي يتطلب استجابة فورية مثل التسمم الكيميائي أو الأمراض التي قد تتسبب في أوبئة ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 2.1.2: المراقبة وكشف التفشي والاستجابة المبكرة.

إجراءات التشغيل القياسية: ضع تعريفات وطرق مشتركة لنقل المعلومات عبر المواقع الجغرافية ومستويات الرعاية وبين الجهات الصحية. كحد ادنى، توافق حول:

- تعريفات الحالة؛
- مؤشرات حول ما يجب مراقبته؛
- وحدات التقرير (مثل العيادات المنتقلة والمستشفيات الميدانية والمراكز الصحية)؛
- مسارات الإبلاغ؛
- تكرار تقديم البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها.

تصنيف البيانات: يجب تصنيف البيانات الصحية حسب الجنس والعمر والإعاقة والنازحين والمستضيفين والسياق (على شاكلة الوجود في مخيم/ دون مخيم) والمستوى الإداري (المنطقة والحي) وذلك لتوجيه اتخاذ القرار والكشف عن عدم المساواة الواقع على الفئات المعرضة للخطر.

فيما يتعلق بنظام الإنذار المبكر والاستجابة، فهو يصنف بيانات الاعتلال والوفيات للأطفال تحت وفوق سن الخمس سنوات. والهدف هو سرعة إطلاق التنبيه؛ ومن المقبول وجود بيانات قليلة التفاصيل. كما يجب أن تتمتع بيانات التحقيق بالتصنيف في حالات التفشي واقتفاء أثر مخالطي المرضى وقائمة خطوط التفشي والمراقبة الإضافية لاتجاهات المرض.

إدارة البيانات والأمن والسرية: اتخذ الاحتياطات الكافية لحماية سلامة الأفراد والبيانات. وينبغي عدم مشاركة الموظفين للبيانات مطلقًا مع أي شخص لا ينخرط مباشرة في رعاية المريض دون إذن المريض. ضع في اعتبارك ذوي الإعاقة الفكرية أو العقلية أو الحسية التي قد تؤثر على قدرتهم على إعطاء الموافقة المستنيرة، واعلم أن العديد من المصابين بحالات مثل بفيروس نقص المناعة البشرية لا يكشفون عن حالتهم إلى أفراد الأسرة القريبين منهم. تعامل بعناية مع البيانات التي تتعلق بالإصابات الناتجة عن تعذيب وانتهاكات حقوق الإنسان الأخرى، بما في ذلك الاعتداء الجنسي. انظر أيضًا في تمرير المعلومات المذكورة إلى الجهات الفاعلة أو المؤسسات المناسبة إذا منحك الفرد الموافقة المستنيرة ⊕ انظر مبدأ الحماية 1 والالتزام بالمعيار الإنساني الأساسي 4.

التهديدات التي تواجه الرعاية الصحية: يجب الإبلاغ عن التهديدات التي تواجه العاملين في الرعاية الصحية أو أي حوادث تنطوي على عاملين في الرعاية الصحية استخدام الآليات المحلية والوطنية المتفق عليها ⊕ انظر المبادئ الأساسية في الصحة (أعلاه) والمراجع والمزيد من المطالعة (أدناه).

2. الرعاية الصحية الأساسية

تتناول الرعاية الصحية الأساسية الأسباب الرئيسية للوفيات والاعتلال في الأشخاص المتضررين من الأزمة. نسّق مع وزارات الصحة والجهات الصحية الرسمية الأخرى للتوافق حول الخدمات التي تُمنح الأولوية ومتى وأين. وأسس الأولويات حسب السياق وتقدير المخاطر والأدلة المتاحة.

سيواجه الأشخاص المتضررين بالأزمة حاجات جديدة ومختلفة والتي سوف تستمر في التطور. وقد يواجه الناس الاكتظاظ والنزوح المتعدد وسوء التغذية وعدم الوصول إلى المياه أو استمرار النزاع. وقد يكون للعمر أو الجنس أو الإعاقة أو حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الهوية اللغوية أو العرقية أثر إضافي على الحاجات، وقد تمثل حواجز كبيرة أمام الوصول للرعاية. ضع في الاعتبار احتياجات أولئك الذي يعيشون في مواقع ضعيفة الخدمات أو يصعب الوصول إليها.

توافق مع وزارة الصحة وغيرها من الجهات الصحية على الخدمات ذات الأولوية، مع التركيز على المخاطر الأكثر التي يعد حدوثها أكثر ترجيحًا وتسبب أكبر معدلات في الوفيات والاعتلال. ويجب أن تقدم برامج الصحة رعاية فعالة وملائمة، وأن تأخذ في حسبانها السياق واللوجستيات والموارد التي ستكون هناك حاجة لها. قد تتغير الأوليات حسب تحسن السياق أو وقوع مزيد من التدهور. ويجب أن تُجرى هذه العملية بانتظام، استنادًا على المعلومات المتوفرة ومع تغير السياق.

مع انخفاض معدلات الوفيات أو استقرار الوضع، قد يكون من الأجدى تقديم خدمات صحية أكثر شمولًا. وقد يمثل هذا حزمة أساسية من الخدمات الصحية في الأوساط المحمية، ويتم تحديدها على مستوى البلد.

سوف يوضح هذا القسم الحد الأدنى للرعاية الصحية الأساسية في المجالات الرئيسية للاستجابة في الطوارئ: الأمراض المعدية وصحة الطفل والصحة الجنسية والإنجابية ورعاية الإصابات والصدمات والصحة العقلية والأمراض غير المعدية والرعاية التسكينية.

1.2 الأمراض المعدية

في الغالب، تتسبب الأزمات الإنسانية، سواء كانت ناجمة عن كارثة طبيعية أو صراع أو مجاعة، في ارتفاع الوفيات والاعتلال بسبب الأمراض المعدية. ويتسبب انتقال الناس إلى مستوطنات جماعية أو ملاجئ مزدحمة في انتشار الأمراض مثل الإسهال والحصبة بسهولة. كما يتسبب تلف مرافق الإصحاح أو نقص المياه النظيفة في انتشار الأمراض المنقولة بالنواقل أو بالمياه. ويؤدي انخفاض مناعة السكان إلى زيادة قابلية الإصابة بالمرض. وقد يعطل انهيار النظم الصحية العلاج طويل الأمد لأمراض مثل نقص المناعة البشرية والسلك ويعطل تقديم التحصينات الروتينية وعلاج الحالات البسيطة مثل عدوى الجهاز التنفسي.

لا تزال الأمراض الناتجة عن عدوى الجهاز التنفسي الحادة والإسهال والحصبة والملاريا تشكل أكبر أسباب الاعتلال في الأشخاص المتضررين بالأزمة. ويفاقم سوء التغذية الحاد هذه الأمراض، لاسيما في الأطفال دون سن الخامسة وكبار السن.

يتمثل الهدف خلال الأزمة في منع الأمراض المعدية ابتداءً والتعامل مع أي حالات والحرص على الاستجابة السريعة والملائمة في حالة التفشي.

يجب أن تشمل عمليات التدخل الخاصة بالتعامل مع الأمراض المعدية على الوقاية والمراقبة والكشف عن التفشي والتشخيص وإدارة الحالات والاستجابة للتفشي.

معيار الأمراض المعدية 1.1.2: الوقاية

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات للوقاية من الأمراض المعدية.

الإجراءات الأساسية

1 حدد مخاطر الأمراض المعدية بين الأشخاص المتضررين.

- راجع المعلومات الصحية الموجودة مسبقًا عند توفرها وبيانات المراقبة وكذلك الحالة التغذوية وإمكانية الوصول إلى المياه الآمنة والإصحاح.
- اجرِ تقديرات للمخاطر مع الأشخاص المتضررين، بما في ذلك القادة المحليين والعاملين في مجال الصحة.

2 اعمل مع القطاعات الأخرى على وضع تدابير عامة للوقاية وضع برامج إرشاد صحي متكامل على المستوى المجتمعي.

- تعامل مع المخاوف الخاصة والشائعات والمعتقدات الشائعة والتي قد تقوّض السلوك الصحي.
- نسّق مع القطاعات الأخرى القائمة بالتوعية، على شاكلة مرشدي النظافة أو العاملين المجتمعين في التغذية، وذلك لضمان تقديم رسائل منسجمة.

3 نفذ التدابير التحصينية للوقاية من المرض.

- حدد الحاجة لحملات تحصين ضد أمراض معدية معينة استنادًا إلى الخطر والجدوى والسياق.
- استأنف تقديم التلقيحات الروتينية عبر برامج التحصين الموجودة مسبقًا في أقرب وقت ممكن.

4 نفذ تدابير وقائية خاصة بأمراض محددة عند الحاجة.

- وفر الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول لجميع المرضى المقيمين وتأكد من وجودها في أي من مناطق الملاريا.

5 نفذ تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها على جميع مستويات الرعاية الصحية استنادًا إلى الخطر ⊕ انظر معيار النظم الصحية 1.1 ودعم المياه والإصحاح والنظافة في معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأشخاص الذين يتبعون الممارسات الرئيسية التي يتم الترويج لها في رسائل ونشاطات التثقيف الصحي

نسبة الأسر المتضررة التي أبلغت عن تلقيهم معلومات مناسبة فيما يخص بالأخطار المتعلقة بالأمراض المعدية والإجراءات الوقائية

نسبة الأسر المتضررة التي يمكنها وصف ثلاث رسائل تتبعها للوقاية من الأمراض المعدية

جميع المرضى المقيمين في بيئات الرعاية الصحية يستخدمون الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول في مناطق الملاريا

حوادث الأمراض المعدية الرئيسية مستقرة أو لا تزيد بالمقارنة بالمستوى السابق للأزمة

ملاحظات إرشادية

تقديرات المخاطر: اجرِ تقديرات للمخاطر مع الأشخاص المتضررين والقادة المحليين والعاملين في مجال الصحة، وحلل المخاطر التي يشكلها السياق والبيئة، مثل المستوطنات البشرية الجماعية المكتظة والمناطق الحضرية. وانظر باهتمام لشرائح المجتمع المختلفة وذلك فيما يخص العوامل الخاصة بالمرض أو ضعف المناعة أو غيرها من المخاطر.

تدابير الوقاية المشتركة بين القطاعات: ضع تدابير وقاية عامة على شاكلة النظافة المناسبة والتخلص من النفايات والمياه الآمنة والكافية وإدارة ناقلات الأمراض. يمكن أن يساعد المأوى المناسب وتباعد أماكن الإيواء والتهوية في الحد من انتقال العدوى. إن الاقتصار على الرضاعة الطبيعية وإمكانية الوصول إلى تغذية مناسبة يساعدان بشكل مباشر في الحالة الصحية ⊕ انظر الالتزام بالمعيار الإنساني الأساسي 3 معيار النهوض بالنظافة 1.1 ومعيار نظافة المياه والإصحاح 1.2 و2.2 والنظافة 1.1 ومعايير التزويد بالمياه لقطاع المياه والإصحاح والنظافة من 1.5 إلى 3.5 ومعيار المأوى والمستوطنة 2 و الأمن الغذائي والتغذية – معايير تغذية الرضع والأطفال الصغار 1.4 و2.4.

الإرشاد الصحي: اشرِك المجتمعات في توفير المعلومات بصيغ ولغات يمكن استيعابها من جانب كبار السن وذوي الإعاقة والنساء والأطفال، واقضِ وقتًا كافيًا لفحص الرسائل المتعلقة بالمسائل الحساسة والتحقق منها.

التلقيح: سوف يستند قرار تنفيذ حملة تلقيح على ثلاث عوامل:

- **تقدير لعوامل الخطر العامة** مثل سوء التغذية وارتفاع عبء الأمراض المزمنة والاكتظاظ وعدم ملائمة المياه والإصحاح والنظافة والمخاطر المتعلقة بأمراض محددة مثل الجغرافيا والمناخ والموسم ومناعة السكان.
- **جدوى الحملة**، وذلك استنادًا إلى تقييم لخصائص اللقاح بما يشمل التوفر والفاعلية والسلامة وإذا ما كان أحادي أو متعدد المستضدات وإذا ما كان يؤخذ عن طريق الفم أو الحقن وإذا ما كان مستقرًا. انظر في العوامل التشغيلية مثل الوصول إلى السكان والعوائق الزمنية والنقل والمتطلبات المادية والتكلفة والقدرة على الحصول على الموافقة المستنيرة.
- **السياق العام**، ويشمل القيود الأخلاقية والعملية مثل المعارضة المجتمعية أو عدم المساواة بسبب انعدام الموارد أو العوائق السياسية أو الأمنية أو المخاطر المعروفة ضد القائمين بالتلقيح.

⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير صحة الطفل 1.2.2: أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها بالتلقيح والتلقيح في الأزمات الإنسانية الحادة: إطار لاتخاذ القرار، منظمة الصحة العالمية 2017، والذي يغطي 23 مستضدات تشمل الكوليرا والتهاب السحايا والحصبة و فيروس روتا.

الوقاية من الملاريا: حيثما وجد معدل انتقال مرتفع إلى معتدل للملاريا، قدّم الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول للأفراد والأسر المصابين بسوء التغذية الحاد وكذلك الحوامل والأطفال تحت سن الخامسة والأطفال غير المصحوبين مع ذويهم والمصابين بمرض نقص المناعة البشرية، ثم ضع في الأولوية متلقي برامج التغذية التكميلية والأسر التي تضم أطفال دون سن الخامسة والأسر التي تضم حوامل.

قدم الوقاية الكيميائية للحوامل حسب البروتوكولات الوطنية وأنماط المقاومة، وانظر في إمكانية عمل وقاية كيميائية موسمية موجهة للملاريا في المناطق التي ترتفع فيها وفيات سوء التغذية والحصبة.

الأمراض المنقولة عن طريق البعوضة الزاعجة: تنشر البعوضة الزاعجة أمراض حمى الضنك وشيكونغونيا وفيروس زيكا والحمى الصفراء. حقق الوقاية من الأمراض من خلال إدارة متكاملة لنواقل الأمراض. ويجب أن يرتدي الأفراد ملابس للحيلولة دون التعرض للدغ، ويجب على الأسر استخدام مياه صالحة واتباع ممارسات

نفايات جيدة وطاردات حشرات أو الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول للأطفال الصغار والرضع الذين ينامون خلال النهار ⊕ انظر معايير مكافحة نواقل المرض في المياه والإصحاح والنظافة 2.4: الأعمال المنزلية والشخصية لمكافحة النواقل.

معيار الأمراض المعدية 2.1.2: المراقبة وكشف التفشي والاستجابة المبكرة

توفر أنظمة الإبلاغ والمراقبة كشفًا مبكرًا لحالات التفشي واستجابة مبكرة.

الإجراءات الأساسية

1. عزز آلية إنذار مبكر وتنبيه واستجابة للأمراض الخاصة بالسياق أو وانشئها.

- قرر بشأن الأحداث والأمراض ذات الأولوية المراد تضمينها استنادًا على الخطر الوبائي.
- درّب العاملين في الرعاية الصحية على جميع المستويات حول الأمراض ذات الأولوية وآليات إبلاغ السلطات الصحية وإطلاق التنبيه.
- انشر تقارير أسبوعية لنظام الإنذار المبكر والاستجابة لجميع الجهات المعنية وذلك لاتخاذ الإجراءات اللازمة.

2. انشئ فرق تحقيق لحالات التفشي.

- تأكد من إطلاق الإجراءات بسرعة في حالة إطلاق تنبيه.
- اشرع في القيام بالتحقيقات عن بعد حيثما لم تتمكن الفرق من الوصول إلى الأشخاص المتضررين، على شاكلة مناطق النزاعات القائمة.

3. تأكد من إمكانية فحص العينات باختبارات تشخيصية سريعة أو مختبرات للتأكد من حالة التفشي ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 3.1.2: التشخيص وإدارة الحالات.

المؤشرات الأساسية

نسبة التنبيهات التي جرى الإبلاغ عنها في خلال 24 ساعة

- 90 بالمئة

نسبة التنبيهات التي جرى التحقق منها خلال 24 ساعة

- 90 بالمئة

نسبة التنبيهات التي جرى التحقيق فيها خلال 24 ساعة

- 90 بالمئة

ملاحظات إرشادية

الإنذار المبكر والاستجابة: بالتنسيق مع جميع الجهات المعنية، بما في ذلك وزارة الصحة والشركاء والمجتمع، عزز نظام للإنذار المبكر والاستجابة أو أنشئه بحيث يمثل الأشخاص المتضررين ⊕ انظر معيار النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية. ويجب أن يكون النظام قادرًا على التقاط الشائعات والوقائع غير الاعتيادية والتقارير المجتمعية.

المراقبة والإنذار المبكر: عزز نظام الإنذار المبكر والاستجابة مع الشركاء، وتوافق حول وحدات التقرير وتدفق البيانات وأدوات الإبلاغ وأدوات تحليل البيانات وتعريفات الحالة وتواتر الإبلاغ.

إطلاق التنبيه والإبلاغ: التنبيهات هي أحداث صحية غير اعتيادية والتي قد تشكل إشارة للمراحل المبكرة من حالة التفشي. حدد عتبات تنبيهات مخصصة لكل مرض وبلغ بها بأسرع وقت ممكن، واستخدم تقرير الإبلاغ الفوري القائم على الأحداث من جانب العاملين في الرعاية الصحية أو حلل التقارير المستندة على المؤشرات (بشكل أسبوعي أو أكثر تكرارًا). سجل جميع التنبيهات فورًا وانقلها إلى فرق التحقق في التفشي للتحقق منها.

التحقق من التنبيه: تحقق من معلومات التنبيه خلال 24 ساعة. ويمكن إجراء التحقق عن بعد، على شاكلة القيام به عبر الهاتف، ويشمل جمع المزيد من البيانات وتحليل الحالة (الحالات) استنادًا على الأعراض وتاريخ البدء والموقع والجنس والعمر والنتائج الصحية والتشخيصات التفريقية.

الكشف عن التفشي: اجرِ تحقيقًا ميدانيًا خلال 24 ساعة في حالة التحقق من التنبيه، وتأكد من امتلاك الفرق للمهارات الكافية للتحقق من التنبيهات وإجراء التحقيق الميداني وكشف حالات التفشي المشتبه بها وجمع العينات المختبرية. وسوف يؤكد التحقيق حالة التفشي إذا تم الوصول إلى العتبة الوبائية أو إذا كان التنبيه يمثل حالات عارضة أو ذروة موسمية.

راجع الحالات واجمع العينات واجر تقديرًا للمخاطر. النتائج المحتملة هي:

- لا تمثل حالة؛
- تأكدت الحالة، إلا أنها ليست حالة تفشي؛
- تأكدت الحالة ويوجد اشتباه/تأكيد على حالة التفشي.

لا يمكن التأكد من بعض حالات التفشي إلا بتحليل مختبري؛ وعلى الرغم من ذلك فما تزال هناك حاجة لإجراءات فورية حتى عند الاشتباه في التفشي.

التنبيه وعتبات التفشي

	عتبة التنبيه	عتبة التفشي
الكوليرا	حالتان، مع إسهال مائي حاد وجفاف شديد فيمن تبلغ أعمارهم عامين فما فوق، أو تتوفان بسبب الإسهال المائي الحاد في نفس المنطقة خلال أسبوع واحد من بعضها البعض حالة وفاة واحدة بسبب الإسهال المائي الشديد في شخص بعمر 5 سنوات فما فوق حالة إسهال مائي شديد واحدة، مع إثبات الفحص وجود الكوليرا من خلال الفحوصات التشخيصية السريعة في المنطقة	حالة واحدة مؤكدة
الحصبة	حالة واحدة	تُحدد على الصعيد القُطري
الحمى الصفراء	حالة واحدة	حالة واحدة
الحمى النزفية الفيروسية	حالة واحدة	حالة واحدة
التهاب السحايا	حالتان في أسبوع واحد (في عدد سكان > 30,000) 3 حالات في أسبوع (في عدد سكان > 30,000 إلى 100,000-)	5 حالات في أسبوع (في عدد سكان > 30,000) 10 حالات لكل 100,000 شخص في أسبوع (في عدد سكان > 30,000 إلى 100,000-) حالتان مؤكدتان في أسبوع واحد في المخيم
الملاريا	تُحدد على الصعيد القطري حسب السياق	تُحدد على الصعيد القطري حسب السياق

التحقيق في حالات التفشي والاستجابة المبكرة: قم بالمزيد من التحقق في حالة تأكيد التفشي أو الاشتباه به، وحدد السبب/المصدر والمتضررين وطرق انتقال العدوى والمعرضين للخطر وذلك لاتخاذ تدابير المكافحة المناسبة.

اجرِ تحقيقات وبائيات وصفية، بما يشمل:

- الحالات والوفيات والأشخاص ووقت الاندلاع ومكانه وذلك لوضع منحنى للوباء وخريطة مكانية للمواقع؛
- قائمة خطوط التفشي والتي تتابع كل حالة وتحلل نطاق التفشي، على شاكلة عدد حالات الإقامة في مستشفى لتلقي العلاج والمضاعفات ومعدل وفيات الحالات؛
- حساب معدلات الإصابة استنادًا على أعداد السكان المتفق عليها.

ضع فرضية يمكنها شرح التعرض والمرض، وانظر في العوامل الممرضة والمصدر وطريق انتقال العدوى.

قيم الفرضية واتفق على تعريف لحالة التفشي. وقد يكون هذا أكثر تحديدًا من تعريف الحالة المستخدم للمراقبة. وحالما تؤكد فحوصات المختبر حالة التفشي من مصادر متعددة بعد تعريف حالة التفشي؛ قد لا تكون هناك حاجة لمواصلة جمع العينات.

ابلغ النتائج وحدثها بشكل فوري ومنظم، ونفذ تدابير مكافحة تستند على السكان في أقرب وقت ممكن.

يمكن أن تتم جميع تلك النشاطات في نفس الوقت، لاسيما خلال استمرار حالة التفشي ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 4.1.2: التأهب والاستجابة للتفشي.

معيار الأمراض المعدية 3.1.2:
التشخيص وإدارة الحالات

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى تشخيص وعلاج فعالين للأمراض المعدية التي تساهم بالعدد الأكبر في حالات الوفاة والاعتلال.

الإجراءات الأساسية

1. قم بصياغة رسائل واضحة تشجع الناس على التماس الرعاية للأعراض مثل الحمى والسعال والإسهال.
   - قم بصياغة مواد مكتوبة وبث إذاعي أو رسائل عبر الجوال باستخدام الصيغ المفهومة واللغات.
2. استخدام بروتوكولات إدارة الحالات القياسية المعتمدة لتوفير الرعاية الصحية.
   - انظر في تنفيذ إدارة الحالات المستندة على المجتمع لأمراض مثل الملاريا والإسهال والالتهاب الرئوي.
   - حوّل الحالات الحادة إلى مستويات أعلى من الرعاية أو للعزل.
3. وفر قدرات مختبرية وتشخيصية مناسبة وكذلك لوازم وتوكيد للجودة.
   - حدد استخدام اختبارات التشخيص السريع أو الاختبار المختبري لمسببات الأمراض، وكذلك مستوى الرعاية وما الذي يجب تقديمه خلالها (تقديم اختبارات التشخيص السريعة في المجتمع على سبيل المثال).

4 تأكد من عدم تعطيل العلاج لمن يتلقون رعاية طويلة الأجل لأمراض معدية مثل السل ونقص المناعة البشرية.

- قدم برامج لمكافحة السل وذلك في حالة استيفاء المعايير المعترف بها فقط.
- نسّق مع برامج مرض نقص المناعة البشرية لضمان تقديم الرعاية الصحية لأولئك المصابين بعدوى مزدوجة بمرض نقص المناعة المكتسبة والسل.

المؤشرات الأساسية

نسبة المراكز الصحية الداعمة للسكان المتضررين باستخدام بروتوكولات علاج موحدة لمرض محدد

- استخدم استعراضًا شهريًا للسجل لمراقبة الاتجاهات

نسبة الحالات المشتبه بها التي أكدتها طريقة تشخيصية حسب المحدد بالبروتوكول المتفق عليه

- ضع خط أساس وقِس مدى التقدم

ملاحظات إرشادية

بروتوكولات العلاج: يجب أن تشمل البروتوكولات حزمة تشخيص وعلاج وإحالة. في حالة عدم توفر الحزم المذكورة أثناء الأزمة، انظر في التوجيهات الدولية. افهم أنماط مقاومة الأدوية المحلية (وضع في اعتبارك النزح كذلك)، لاسيما لأمراض الملاريا والسل والتيفود. انظر في الفئات المعرضة لخطر كبير سريريًا على شاكلة الأطفال دون سن الثانية والحوامل وكبار السن والمصابين بمرض نقص المناعة البشرية والأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد، والذين هو أكثر عرضة لمخاطر بعض الأمراض المعدية.

الأمراض التنفسية الحادة: ترتفع قابلية التضرر في الأزمات بسبب الاكتظاظ والأدخنة الداخلية وسوء التهوية وسوء التغذية أو نقص فيتامين أ أو كلاهما. قلل من معدل وفيات الحالات عن طريق تحديد الحالات في الوقت المناسب وتناول المضادات الحيوية عن طريق الفم وإحالة الحالات الخطيرة.

الإسهال والإسهال الدموي: سيطر على معدلات الوفيات من خلال زيادة الوصول إلى علاج الإماهة الفموية ومكملات الزنك واستخدامها على مستوى الأسرة أو المجتمع أو الرعاية الصحية الأولية. ويمكن أن يتم العلاج عن طريق نقاط الإماهة الفموية المجتمعية.

الإدارة المجتمعية للحالات: يمكن علاج مرضى الملاريا أو الالتهابات الرئوية أو الإسهال من جانب العاملين الصحيين المجتمعيين والمدربين. تأكد من ربط جميع البرامج والإشراف عليها من جانب أقرب مرفق للرعاية الصحية. وتأكد من إمكانية الوصول غير المتحيز والعادل للجميع.

الفحص المختبري: انشئ شبكة إحالة من مرافق المختبرات الوطنية والإقليمية والدولية لفحص العينات. واحرص على الفحص التشخيصي السريع للملاريا ووفر وسائل المواصلات المناسبة للعينات ليتم فحصها لمسببات الأمراض الأخرى (مثل مستنبت كاري-بلير لمرض الكوليرا).

درّب العاملين في مجال الرعاية الصحية على طرق التشخيص وتوكيد الجودة وجمع العينات والنقل والتوثيق، وضع برتوكول للفحوص النهائية للمختبرات المرجعية وطنيًا وإقليميًا ودوليًا. تشمل الفحوصات النهائية مستنبتات من العينات، والفحوص المصلية ومسببات المرض، والحمض الريبي النووي للحمى الصفراء والحمى النزفية، والالتهاب الكبدي الوبائي إي. ضع بروتوكولات عن آليات النقل الآمن لمسببات الأمراض، لاسيما الحمى النزفية الفيروسية أو الطاعون أو ما يشبه ذلك. وضع في اعتبارك لوائح الطيران المتعلقة بنقل العينات عن طريق الجو.

تعد مكافحة **السل** معقدة بسبب زيادة مقاومة العقاقير. لا تُنشئ برامج إلا إذا تم ضمان الوصول المستمر إلى السكان وتقديم الرعاية لمدة لا تقل عن 12-15 شهرًا. تم الكشف عن السل المقاوم للأدوية المتعددة (المقاوم لاثنين من الأدوية الأساسية المضادة للسل وهي إيزونيازيد ورِيفامبيسِين) والسل شديد المقاومة للأدوية (المقاوم لأربع أدوية أساسية مضادة للسل). كلا هذين النوعين يتطلبان علاجات أطول وأكثر تكلفة وأكثر تعقيداً. في الأزمات، في الغالب يصعب الوصول إلى الفحوصات التشخيصية والحساسة الضرورية لضمان الاختيار الصحيح لعلاجات السل واستخدامها.

معيار الأمراض المعدية 4.1.2: التأهب والاستجابة للتفشي

التأهب الكافي لحالات التفشي والسيطرة عليها في الوقت المناسب.

الإجراءات الأساسية

1. ضع خطة متكاملة للتأهب للتفشي والاستجابة لها ووزعها بالتعاون مع جميع الجهات المعنية والقطاعات.
   - ركز التدريب على الموظفين الرئيسين في المناطق المعرضة لخطر مرتفع.
   - حدد مسبقًا موقع الأدوية الطبية الأساسية والأجهزة الطبية والفحوصات السريعة ومعدات الوقاية الشخصية ومجموعاتها (مثل المخصصة لأمراض الكوليرا والإسهال) في المناطق المعرضة للوباء والمناطق ذات الوصول المحدود إليها.
2. نفذ تدابير مكافحة مخصصة للمرض بمجرد الكشف عن التفشي.
   - حدد الحاجة لعمل حملة موجهة للقاحات.
   - وسّع نطاق تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل توفير مناطق عزل للكوليرا والفيروس الكبدي الوبائي إي وغيرها من حالات التفشي.
3. أنشئ قدرات للاستجابة واللوجستيات مخصصة لحالة التفشي ونسقها.
   - تأكد من القدرة على النقل والتخزين فيما يخص الأدوية والإمدادات، بما يشمل سلسلة تبريد اللقاحات.
   - أضف قدرات لمرفق الرعاية الصحية، على شاكلة خيم الكوليرا أو التهاب السحايا.
   - تأكد من إمكانية الوصول والنقل إلى المختبرات على المستوى المحلي والوطني والدولي لفحص العينات.
4. نسّق مع القطاعات الأخرى حسب الحاجة، بما في ذلك حماية الطفل.

المؤشرات الأساسية

نسبة موظفي الصحة في المناطقة المعرضة لخطر كبير المربين على خطة الاستجابة للتفشي وبروتوكولاتها

خفض معدل وفيات الحالات إلى مستوى مقبول

- الكوليرا < 1 بالمئة
- التهاب السحايا < 15 بالمئة

- الالتهاب الكبدي الوبائي إي < 4 بالمئة في عموم السكان، و10-50 بالمئة في الحوامل في الربع الثالث من الحمل
- الخناق (الجهاز التنفسي) <5-10 بالمئة
- السعال الديكي < 4 بالمئة في الأطفال في عمر سنة و<1 في الأطفال في عمر 1-4
- حمى الضنك < 1 بالمئة

ملاحظات إرشادية

خطة التأهب والاستجابة للتفشي: ضعها بالتعاون مع الشركاء في مجال الصحة ووزارة الصحة وأعضاء المجتمع وقادته. ويجب كذلك تضمين قطاع المياه والإصحاح والنظافة والتغذية والمأوى وشركاء التعليم والحكومة المضيفة والسجون والجيش (عند الاقتضاء). تأكد من عدم المساس بالخدمات الصحية الحرجة الأخرى عند استجابتها لحالات التفشي.

يجب أن تحدد الخطة:

- آليات تنسيق الاستجابة لحالة التفشي على المستوى الوطني ودون الوطني والمجتمع المحلي؛
- آليات للتعبئة المجتمعية والتواصل بشأن المخاطر؛
- تعزيز نظام الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة: مراقبة الأمراض وكشف حالات التفشي والتحقيق في حالات التفشي الوبائية؛
- إدارة الحالات؛
- تدابير مكافحة مخصصة للمرض والسياق؛
- تدابير تشمل عدة قطاعات؛
- بروتوكولات حول النقل الآمن ومسارات الإحالة للعينات للفحص المختبري؛
- خطط طوارئ للارتقاء بالخدمات على المستويات المختلفة للرعاية بما يشمل إنشاء مناطق عزل في مراكز العلاج؛
- قدرات فريق مكافحة التفشي والمتطلبات المفاجئة للعاملين في الرعاية الصحية؛
- توفر الأدوية الأساسية واللقاحات والأجهزة الطبية واللوازم المختبرية والمعدات الوقائية للعاملين في الرعاية الصحية، بما في ذلك المشتريات الدولية (مخزن شامل من اللقاحات على سبيل المثال)

تعتمد **مكافحة التفشي** على وجود تواصل ملائم فيما يخص المخاطر ووجود فرق متخصصة لمكافحة التفشي. احتوِ التفشي بطريقة شاملة ومن ثم لا ينتشر المرض لمناطق جديدة وكذلك للحد من عدد الحالات الجديدة في أماكن وجود التفشي. وسيتطلب هذا تقصي نشط عن الحالات وتشخيص سريع وإدارة للحالات. وفر مناطق عازلة حسب الحاجة (للكوليرا أو الفيروس الكبدي الوبائي إي على سبيل المثال)، وعزز مكافحة نواقل المرض للحد من التعرض للعدوى، باستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول وتحسين سلوكيات النظافة.

حملات التلقيح

التهاب السحايا: قد تتسبب مجموعات الأنماط المصلية A وC وW وY في حدوث حالات تفشي في الأزمات. وتتوفر لقاحات للمجموعات A وC للاستخدام في حالات الأوبئة. ومن غير المستحسن القيام بتلقيح روتيني في الأزمات كما أنه لا يتوفر لمجموعات الأنماط المصلية C وW. استهدف باللقاحات فئات عمرية محددة استنادًا على معدلات الإصابة المعروفة، أو أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و30 عامًا. وضع تعريفًا واضحًا للحالة وذلك نظرًا للحاجة للقيام ببزل قطني لتحقيق التشخيص النهائي.

الحمى النزفية الفيروسية: تستند إدارة أمراض الحمى النزفية الفيروسية، مثل الإيبولا أو حمى لاسا، وتشخيصها على توجيهات وطنية ودولية صارمة. ويشمل هذا بروتوكولات حول اللقاحات الجديدة وطرق العلاج المبتكرة. وتعد المشاركة الفعالة خلال حالات التفشي المذكورة أمر حيوي.

الحمى الصفراء: يوصى بالقيام بتلقيح جماعي في حالة تأكيد ظهور حالة واحدة في مستوطنة للنازحين والسكان المستضيفين. اجمع بين ما سبق وتدابير مكافحة بعوضة الزاعجة الناقلة للأمراض وكذلك عزل صارم للحالات.

شلل الأطفال: شلل الأطفال مشمول في برنامج منظمة الصحة العالمية الموسع الخاص بالتحصين واللقاحات ويجب استئنافه بعد المراحل الأولى من حالة الطوارئ. اشرع في القيام باللقاحات الجماعية في حالة ظهور حالة واحدة لشلل الأطفال.

الكوليرا: يجب توفر بروتوكولات واضحة للعلاج ولحالات التفشي والتنسيق حولها فيما بين القطاعات. استخدم لقاحات الكوليرا وفقًا لإطار عمل منظمة الصحة العالمية، واستكمل الاستراتيجيات القائمة لمكافحة الكوليرا.

التهاب الكبد الوبائي أي وإي: ويشكلان خطرًا كبيرًا لاسيما في مخيمات اللاجئين. امنع التفشي وكافحه عن طريق تحسين الإصحاح والنظافة وإمكانية الوصول إلى مياه آمنة.

الحصبة: ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معايير صحة الطفل 1.2.2: أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات.

السعال الديكي أو الخناق: تشيع حالات تفشي السعال الديكي عند نزوح الأشخاص. وبسبب المخاوف المتعلقة بالمخاطر بين كبار السن الذين تلقوا اللقاح الثلاثي (الخناق والسعال الديكي والكزاز)، الزم الحذر حول حالات تفشي السعال الديكي المرتبطة بحملات التلقيح، واستخدم حالة التفشي لمعالجة الثغرات في عمليات التلقيح الروتينية. تشمل إدارة الحالات علاج الحالات بالمضادات الحيوية والعلاج الوقائي المبكر للمخالطين في الأسر حيثما وجد رضيع أو امرأة حامل. إن تفشي الخناق أقل شيوعًا إلا أنه لا زال يشكل خطرًا في البيئات المكتظة مع وجود مناعة منخفضة ضد الخناق. وفي المخيمات، تعد حملات التلقيح الجماعية ضد الخناق باستخدام ثلاث جرعات منفصلة من التلقيح ليست مجهولة. وتشمل إدارة الحالات إدارة الترياق والمضادات الحيوية.

معدلات وفيات الحالات: تختلف معدلات وفيات الحالات المقبولة للأمراض المحددة حسب السياق والمناعة الموجودة. اسع إلى الحد من معدلات وفيات الحالات بقدر الإمكان. وقد تشير معدلات وفيات الحالات المرتفعة إلى عدم الوصول إلى رعاية صحية مناسبة أو تأخر العرض وإدارة الحالات أو وجود عوامل اعتلال مشتركة كبيرة بين السكان أو ضعف جودة الرعاية الصحية. ارصد معدل وفيات الحالات بشكل دوري واتخذ خطوات تصحيحية فورية إذا كانت أعلى من المتوقع.

رعاية الأطفال: في حالات التفشي، اعتبر الأطفال فئة خاصة عند تصميم البرامج وتنفيذها، ونسق بين قطاعات الصحة وحماية الطفل وارجع لهم، وعالِج أخطار فصل الأطفال عن والديهم. قد يقع الخطر بسبب اعتلال الوالدين أو مرضهم أو حسب تصميم البرنامج. ركز على منع تشتت الأسر واحرص على موافقة الوالدين أو الطفل على العلاج، واتخذ تدابير للحفاظ على مرافق التعليم مفتوحة، مع مراعاة تدابير المكافحة الضرورية والتثقيف الصحي.

2.2 صحة الطفل

خلال الأزمات، يكون الأطفال أكثر عرضة لأنواع العدوى والأمراض وغيرها من المخاطر على صحتهم وحياتهم. وليس فقط على صعيد تدهور الحياة المعيشية، ولكن بسبب انقطاع برامج التحصين كذلك. وفضلًا عن ذلك تكون المخاطر أعلى على الأطفال غير المصحوبين مع ذويهم أو المنفصلين عنهم.

هناك حاجة لاستجابة متضافرة تركز على الطفل. سوف تركز هذه الاستجابة أولًا على الرعاية المنقذة للحياة، إلا أنه ينبغي على عمليات التدخل في نهاية المطاف تخفيف المعاناة وتعزيز النمو والتنمية. ويجب أن تعالج البرامج الأسباب الرئيسية للوفيات والاعتلال. وتتمثل هذه المخاطر بوجه عام في التهابات الجهاز التنفسي الحادة والإسهال والحصبة والملاريا وسوء التغذية وحالات حديثي الولادة أو الاعتلال والوفيات.

معايير صحة الطفل 1.2.2:
أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات

يتمتع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 15 سنة بمناعة ضد الأمراض وإمكانية للوصول إلى خدمات برنامج التحصين الموسع خلال الأزمات.

الإجراءات الأساسية

1. حدد إذا ما كانت هناك حاجة للتلقيحات وكذلك النهج المناسب لحالة الطوارئ.
   - أسس هذا على تقييم للمخاطر (السكان والموسم على سبيل المثال) جدوى الحملة (الحاجة لجرعات متعددة وتوفره على سبيل المثال) والسياق (الأمن والاحتياجات التنافسية على سبيل المثال). وينبغي أن تكون هذه عملية مستمرة مع تطور الأزمة ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 1.1.2: الوقاية.
2. اجرِ حملات تلقيح جماعية ضد الحصبة للأطفال من عمر ستة أشهر إلى 15 سنة، بغض النظر عن سابقة التلقيح ضد الحصبة، عند تقدير أن تغطية الحصبة أقل من 90% أو كانت غير معروفة.
   - ادرج فيتامين أ للأطفال من عمر 6 إلى 59 شهرًا.
   - تأكد من تلقي جميع الرضع الذين تلقوا تلقيحًا بين ستة إلى تسعة أشهر لجرعات أخرى من لقاح الحصبة عند مرور تسعة أشهر.
3. أعد تأسيس برنامج التحصين الموسع في أقرب وقت ممكن.
   - اسع لقيام مرافق الرعاية الصحية الأولية أو نظم الفرق المتنقلة/التوعية بتقديم جدول وطني تحصيني للأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات لعشرين يومًا على الأقل من كل شهر.
4. افحص الأطفال المترددين على مرافق الرعاية الصحية أو العيادات المتنقلة لكشف حالة تلقيحهم وإدارة أي تلقيحات لازمة.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 15 عام والذين تلقوا لقاح الحصبة عند اكتمال حملة لقاح الحصبة

- >95 بالمئة

نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 59 شهرًا والذين تلقوا الجرعة المناسبة من فيتامين أ عند اكتمال حملة لقاح الحصبة

- >95 بالمئة

نسبة الأطفال في عمر 12 شهرًا الذين تلقوا ثلاث جرعات من اللقاح الثلاثي

- >90 بالمئة

نسبة مرافق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم خدمات برنامج التحصين الموسع لعشرين يومًا في الشهر على الأقل

ملاحظات إرشادية

التلقيح: تعد اللقاحات ذات أهمية حيوية في منع الوفيات الزائدة في الأزمات الحادة. وقد لا يغطي التوجيه الوطني الطوارئ أو الأشخاص العابرين للحدود، ومن ثم فاعمل دون إبطاء على تحديد اللقاحات اللازمة وضع خطة تنفيذ تشمل عمليات المشتريات. ⊕ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 2.1.1 للحصول على توجيهات بشأن تقدير المخاطر وقرارات اللقاحات ومعيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية الخاصة بمشتريات اللقاحات وتخزينها.

تلقيح الحصبة: يعد التحصين ضد الحصبة عملية تدخل صحية ذات أولوية في الأزمات.

- التغطية: راجع بيانات التغطية للنازحين والسكان المضيفين لتقدير إذا كانت التغطية الروتينية للتحصين ضد الحصبة أو تغطية الحملة ضد الحصبة تزيد عن 90 بالمئة للسنوات الثلاث السابقة. نفذ حملة ضد الحصبة إذا كانت تغطية التلقيح أقل من 90 بالمئة أو كانت غير معروفة أو مشكوك فيها، وقم بإدارة مكملات فيتامين أ في نفس الوقت. تأكد أن 95 على الأقل من الوافدين الجدد على المستوطنة والذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر و 15 عاماً قد تم تحصينهم.
- الفئات العمرية: قد يكون بعض الأطفال الأكبر سنًا لم يحظوا بالتلقيح الروتيني أو بالحملات ضد الحصبة أو لم يصابوا بمرض الحصبة ذاته. يظل هؤلاء الأطفال معرضين لخطر العدوى ويمكن أن يصيبوا الرضع والأطفال الصغار والذين يكونوا أكثر عرضة للوفاة من المرض. ومن ثم، قم بالتلقيح حتى سن 15 سنة. إن لم يكن ذلك ممكنًا، اعطِ الأولوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرًا.
- تكرار التلقيح: ينبغي أن يتلقى جميع الأطفال من عمر ستة أشهر إلى 15 سنة جرعتين من لقاح الحصبة كجزء من برامج التلقيح الوطنية القياسية. ويجب أن يتلقى الأطفال بين ستة وتسعة أشهر الذين تلقوا لقاح الحصبة (في الحملات الطارئة على سبيل المثال) جرعتين إضافيتين في الأعمار الموصى بها حسب الجدول الوطني (والتي تكون في العادة من تسعة إلى 15 شهرًا في المناطق المعرضة للخطر).

شلل الأطفال: انظر بعين الاعتبار لحملات شلل الأطفال في حالات تفشي شلل الأطفال أو وجود تهديدات لبرامج استئصاله، حسب المحدد في التلقيح في الأزمات الإنسانية الحادة: إطار عمل لاتخاذ القرار ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 1.1.2: الوقاية.

برنامج التحصين الموسع الوطني: أعد تأسيس برنامج التحصين الموسع على الفور لحماية الأطفال من الحصبة والخناق والسعال الديكي وللحد من خطر الالتهابات التنفسية. وقد تحتاج برامج التحصين الموسعة الوطنية إلى لقاحات تكميلية ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الأمراض المعدية 4.1.2: التأهب والاستجابة للتفشي.

سلامة اللقاح: تأكد من سلامة اللقاحات طوال الوقت، واتبع تعليمات الجهة المصنعة فيما يتعلق بالتخزين والتبريد ⊕ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية.

الموافقة المستنيرة: احصل على الموافقة المستنيرة من الوالدين أو الأوصياء فيما يتعلق بإدارة اللقاح، وهذا يشمل فهم المخاطر والآثار الجانبية المحتملة.

معايير صحة الطفل 2.2.2:
التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال

يتمتع الأطفال بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية ذات الأولوية والتي تعالج الأسباب الرئيسية لاعتلال ووفيات حديثي الولادة والأطفال.

الإجراءات الأساسية

1. وفر رعاية صحية مناسبة على مختلف المستويات (مرفق أو عيادات متنقلة أو برامج مجتمعية).
   - استخدم توجيهات «صحة حديثي الولادة» في الحالات الإنسانية» فيما يخص الرعاية الأساسية لحديثي الولادة ⊕ انظر المراجع.
   - انظر في اعتماد إدارة الحالات المجتمعية المتكاملة والإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة.
2. أسس نظامًا موحدًا للتقييم والفرز في جميع المرافق التي تقدم الرعاية للأطفال وحديثي الولادة المرضى.
   - تأكد من تقديم العلاج الفوري لجميع الأطفال المصابين بعلامات الخطر (عدم القدرة على الشرب أو الرضاعة الطبيعية وتقيأ كل شيء والتشنجات والخمول وفقدان الوعي)
   - ادرج تقييم الإصابات والتسمم الكيميائي في السياقات التي يزيد خطرها.
3. وفر الأدوية الأساسية بجرعات وتركيبات مناسبة لعلاج أمراض الطفولة الشائعة في جميع مستويات الرعاية.
4. افحص الأطفال من حيث النمو والحالة التغذوية.
   - قم بإحالة جميع الأطفال المصابين بسوء التغذية لخدمات التغذية.
   - وفر علاج يستند إلى المرافق للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الشديد مع مضاعفاته.
5. ضع بروتوكولًا مناسبًا لإدارة الحالات لعلاج أمراض الطفولة والأمراض التي يمكن منعها ببرنامج التحصين الموسع، على شاكلة الخناق والسعال الديكي، وذلك في الحالات التي يرتفع فيها خطر التفشي.
   - استخدام البروتوكولات القائمة حيثما كان ذلك ممكناً.
6. قم بصياغة رسائل تثقيف صحي تشجع الأسر على الانخراط في ممارسات السلوك الصحي والوقاية من الأمراض.
   - شجع أعمال مثل الرضاعة الطبيعية الحصرية وتغذية الرضع وغسل اليدين والحفاظ على دفء الرضع وشجع النماء المبكر للطفولة.
7. صمم رسائل تثقيف صحي تشجع الأفراد على التماس الرعاية المبكرة لأي أمراض على شاكلة الحمى أو السعال أو الإسهال عند الأطفال وحديثي الولادة.
   - اتخذ خطوات للوصول للأطفال الذين لا يرعاهم شخص بالغ أو أحد والديهم.
8. حدد الأطفال من ذوي الإعاقة أو المصابين بتأخر النمو.
   - قدم المشورة والإحالات فيما يخص خدمات الرعاية أو إعادة التأهيل.

المؤشرات الأساسية

معدلات الوفيات الخام للأطفال أقل من 5 سنوات

- أقل من حالتي وفاة لكل 10 آلاف طفل في اليوم ⊕ انظر الملحق 3 للاطلاع على الحسابات

تقديم علاج فعال ضد الملاريا في الوقت المناسب لجميع الأطفال تحت سن 5 سنوات الذين تظهر عليهم الملاريا

- خلال 24 ساعة من بدء الأعراض
- استثناء الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الشديد

تقديم أملاح الإماهة الفموية ومكملات الزنك في الوقت المناسب لجميع الأطفال تحت سن 5 سنوات المصابين بالإسهال

- خلال 24 ساعة من بدء الأعراض

تقديم الرعاية المناسبة في الوقت المناسب لجميع الأطفال تحت سن 5 سنوات المصابين بالتهاب رئوي

- خلال 24 ساعة من بدء الأعراض

ملاحظات إرشادية

الرعاية الأساسية لحديثي الولادة: وفر رعاية ماهرة لجميع حديثي الولادة عند ولادتهم، ويفضل في مرفق الرعاية الصحية ووفقًا ⊕ انظر «للإدارة المتكاملة للحمل والولادة» والإرشادات التوجيهية «لصحة حديثي الولادة في الأوضاع الإنسانية» وتتكون الرعاية الأساسية لحديثي الولادة مما يلي سواء تمت الولادة في وجود رعاية ماهرة أو بدونها:

- الرعاية الحرارية (تأخير الاستحمام، والحفاظ على الطفل جافًا ودافئًا مع ملامسة الجلد للجلد)؛
- الوقاية من العدوى (تعزيز ممارسات الولادة النظيفة وغسل اليدين وتنظيف الحبل السري والعناية بالجلد والعينين)؛
- دعم التغذية (الرضاعة الطبيعية الحصرية والفورية والتخلص من اللبأ)؛
- الرصد (تقييم علامات خطر العدوى أو الحالات التي قد تحتاج إلى الإحالة)؛
- الرعاية بعد الولادة (توفيرها في المنزل أو قريبًا منه في الأسبوع الأول من الولادة، حيث أن أول 24 ساعة هي الساعات الأهم للقيام بزيارة لتقديم العناية بعد الولادة؛ واجعل هدفك تحقيق ثلاث زيارات منزلية خلال أول أسبوع بعد الولادة).

تركز الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة (*IMCI*) على رعاية الأطفال تحت عمر خمس سنوات على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وبعد إنشاء الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، ادمج التوجيهات السريرية في بروتوكولات قياسية ودرب العاملين المحترفين في مجال الصحة بشكل مناسب.

الإدارة المتكاملة المجتمعية للحالات هي جزء من منهج لتوفير علاج فعال وفي الوقت المناسب ضد الملاريا والالتهاب الرئوي والإسهال وذلك للأشخاص ذوي إمكانية الوصول المحدودة لمرافق الرعاية الصحية، لاسيما للأطفال تحت عمر خمس سنوات.

إدارة حالات الإسهال: عالج الأطفال المصابين بالإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية منخفضة الأسمولالية ومكملات الزنك. يقوم الزنك بتقصير مدة الإسهال، فيما تمنع أملاح الإماهة الفموية من حدوث الجفاف. شجع القائمين بالرعاية على استمرار الرضاعة الطبيعية أو زيادتها خلال النوبات، ثم زيادة التغذية ككل بعدها.

إدارة الالتهاب الرئوي: إذا كان الطفل مصابًا بالسعال، فقيم صعوبة التنفس أو سرعته وقدرة الرئتين على الشهيق. وفي حالة ظهورها، عالجها عن طريق مضاد حيوي مناسب يؤخذ عبر الفم، وقم بإحالة الذين تظهر عليهم علامات الخطر أو المصابين بالتهاب رئوي شديد إلى الرعاية ذات الأولوية.

معدلات سرعة التنفس حسب الفئات العمرية:

منذ الولادة وحتى شهرين: >60 في الدقيقة	12 شهر: >50 في الدقيقة
1 إلى 5 سنوات: >40 في الدقيقة	5 سنوات: >20 في الدقيقة

فيروس نقص المناعة البشرية: حيثما كان معدل انتشار مرض نقص المناعة البشرية أكبر من واحد بالمئة، افحص جميع الأطفال المصابين بسوء تغذية حاد. تحتاج الأمهات والقائمين على رعاية رضع معرضين لفيروس نقص المناعة البشرية إلى دعم ومشورة مخصصين ⊕ انظر معايير الأمن الغذائي والتغذية.

تغذية الأطفال المنفصلين عن ذويهم: نظّم تغذية تحت إشراف للأطفال المنفصلين عن ذويهم أو غير المصحوبين بهم.

مخاوف حماية الطفل: استخدم الخدمات الصحية الروتينية للكشف عن إهمال الأطفال أو إساءة معاملتهم أو استغلالهم، وقم بإحالة الحالات إلى خدمات رعاية الطفل، وادمج إجراءات التحديد ورعاية الحالات المراعية للفروق الجنسية في الخدمات الصحية الروتينية للأمهات والرضع والمراهقين.

إحالات التغذية: ⊕ انظر معيار الأمن الغذائي والتغذية 3: حالات النقص في المغذيات الدقيقة ومعيار إدارة سوء التغذية 2.2: سوء التغذية الحاد.

تلوث الهواء الداخلي: انظر في توفير مواقد طهي بديلة للحد من الأدخنة والأبخرة والأمراض التنفسية التي تسببها ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنات 3: مساحة المعيشة والمعيار 4: اللوازم المنزلية.

التسمم: ⊕ انظر الملحق 4.

3.2 الصحة الجنسية والإنجابية

يجب توفير الرعاية الجنسية والإنجابية الهامة المنقذة للحياة منذ بداية الأزمة. انشئ خدمات شاملة في أقرب وقت ممكن.

تمثل هذه الخدمات الضرورية جزءً من الاستجابة الصحية المتكاملة وتدعمها مجموعات الصحة الإنجابية ⊕ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية.

تشمل الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة رفع مستوى الخدمات القائمة وإضافة الخدمات غير الموجودة وتعزيز الجودة. وسوف يساعد فهم بنية النظم الصحية على تحديد كيفية دعم هذا الجانب ⊕ انظر معايير النظم الصحية من 1.1 إلى 5.1.

جميع الأفراد، بما في ذلك الموجودين في أوضاع إنسانية، لديهم الحق في الصحة الجنسية والإنجابية. ويجب أن تحترم الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الخلفيات الثقافية والمعتقدات الدينية للمجتمع عند تلبية معايير حقوق الإنسان الدولية المعترف بها عالميًا. كن مراعيًا بشدة لاحتياجات المراهقين وكبار السن وذوي الإعاقات والسكان المعرضين للخطر، بغض النظر عن توجههم الجنسي أو هويتهم الجنسانية.

تتسبب الطوارئ في رفع مخاطر العنف الجنسي، بما في ذلك الاستغلال وسوء المعاملة. ويجب أن تعمل جميع الجهات الفاعلة معًا لمنع ذلك والاستجابة له، وذلك بتنسيق وثيق مع قطاع الحماية. اجمع المعلومات بشكل

آمن وأخلاقي، ولا تشارك البيانات إلا وفقًا للبروتوكولات المتفق عليها ⊕ انظر معايير الحماية ومعيار النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية.

معيار الصحة الجنسية والإنجابية 1.3.2: الرعاية الصحية الإنجابية للأم ولحديثي الولادة

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى رعاية صحية وتنظيم للأسرة والتي تمكن من الوقاية من ارتفاع معدلات وفيات واعتلال الأمهات وحديثي الولادة.

الإجراءات الأساسية

1. احرص على نظافة وأمان عملية الولادة، وتوفر الرعاية الأساسية بحديثي الولادة والولادة الطارئة وخدمات الرعاية لحديثي الولادة طوال الوقت.
   - انشئ نظام إحالة مع وجود اتصالات وانتقالات من المجتمع إلى مرفق الرعاية الصحية أو المستشفى بحيث يعمل طوال الوقت.
2. قدم لجميع النساء ظاهري الحمل مجموعات ولادة نظيفة عند عدم وجود إمكانية الوصول إلى مقدمي رعاية صحية مهرة ومرافق الرعاية الصحية.
3. تشاور مع المجتمع لفهم التفضيلات المحلية والممارسات والاتجاهات والمواقف حول منع الحمل.
   - اشرك الرجال والنساء والمراهقين والمراهقات في نقاشات منفصلة وخاصة.
4. وفر مجموعة واسعة من وسائل منع الحمل طويلة الأجل القابلة للإزالة وقصيرة الأجل في مرافق الرعاية الصحية حسب الطلب، وذلك في بيئة من السرية والخصوصية.
   - وفر الاستشارات التي تؤكد على الاختيار الواعي والفاعلية.

المؤشرات الأساسية

توفر الرعاية الماهرة للتوليد في الحالات الطارئة ورعاية حديثي الولادة طوال الوقت

- الخدمات الأساسية للتوليد في الحالات الطارئة ورعاية حديثي الولادة: الحد الأدنى هو خمس مرافق لكل 500 ألف فرد
- الخدمات الشاملة للتوليد في الحالات الطارئة ورعاية حديثي الولادة: الحد الأدنى هو مرفق واحد لكل 500 ألف فرد

نسبة الولادات تحت إشراف موظفين مهرة

- الحد الأدنى المستهدف: 80 بالمئة

توفر نظام إحالة للحالات الطارئة للتوليد وحديثي الولادة

- تتوفر على مدار الساعة يوميًا طوال أيام الأسبوع

نسبة الولادات في المرافق الصحية عن طريق الولادة القيصرية

- الهدف: 5-15 بالمئة.

تبلغ جميع مراكز الصحة الأولية بتوفر أربع طرق على الأقل لمنع الحمل بين ثلاث إلى أربع أشهر بعد بدء الأزمة.

ملاحظات إرشادية

التوليد في حالات الطوارئ ورعاية حديثي الولادة: تمثل النساء الحوامل حوالي 4 بالمئة من السكان وسوف تختبر نسبة حوالي 15 منهن مضاعفات توليدية غير متوقعة خلال الحمل، أو خلال التوليد، وهو ما يتطلب رعاية للتوليد في حالات الطوارئ. وسوف تحتاج نسبة 5-15 من الولادات إلى تدخل جراحي، على شاكلة الولادة القيصرية. وعلى الصعيد العالمي، تحتاج نسبة 9-15 بالمئة من حديثي الوالدة إلى رعاية طارئة لإنقاذا الحياة. لا يتنفس حوالي 5-10 من حديثي الولادة تلقائيًا بعد الولادة ويحتاجون إلى تنبيه، ويتطلب نصفهم إنعاش. إن الأسباب الرئيسية للفشل في التنفس تشمل الولادة المبكرة والأحداث الحادة أثناء الولادة والتي ينتج عنها اختناق حاد ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار صحة الطفل 2.2.2: التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال.

تشمل الرعاية الأساسية للتوليد في حالات الطوارئ ورعاية حديثي الولادة المضادات الحيوية الوريدية والأدوية المقوية لتوتر الرحم (حقن الأوكسيتوسين والميسوبروستول) والأدوية الوريدية المضادة للاختلاج (كبريتات المغنسيوم) أو إزالة بقايا منتجات منع الحمل باستخدام الأجهزة المناسبة والإزالة اليدوية للمشيمة والولادة المهبلية بالمساعدة (الاستخراج بالتخلية) وإنعاش الأمهات وحديثي الولادة.

تشمل الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ ورعاية حديثي الولادة الشاملة كل ما سبق فضلًا عن الجراحة تحت التخدير العام (الولادة القيصرية أو شق البطن) ونقل الدم الآمن والرشيد مع اتخاذ التدابير الاحتياطية القياسية. إن رعاية ما بعد الإجهاض هي عملية تدخل منقذة للحياة والتي تعد جزء من رعاية التوليد الطارئ وحديثي الولادة وتهدف إلى الحد من الوفيات والمعاناة الناتجة عن مضاعفات الإجهاض العفوي وحالات الإجهاض غير الآمنة. ويشمل العلاج التعامل مع النزيف (ربما عن طريق تدخل جراحي) وتعفن الدم وتوفير الوقاية من الكزاز.

ومن الضروري أن تتوفر كل من الرعاية التوليدية الطارئة ورعاية حديثي الولادة الأساسية والشاملة طوال الوقت.

يجب أن يكفل نظام الإحالة تمتع النساء وحديثي الولادة بوسائل الانتقال إلى مرفق الرعاية الصحية الأولية ومنه مع توفر رعاية أساسية للتوليد في حالة الطوارئ ورعاية حديثي الولادة ومع توفر رعاية شاملة للتوليد في حالة الطوارئ ورعاية حديثي الولادة عند الانتقال للمستشفى.

تنظيم الأسرة: الانخراط مع مختلف فئات المجتمع لفهم التفضيلات والمواقف الثقافية. احرص على وعي المجتمع عن مكان وكيفية الوصول إلى وسائل منع الحمل، وشارك المعلومات بعدة أشكال ولغات وذلك للحرص على الوصول إليها. اشرك أيضًا القادة المجتمعيين في نشر المعلومات.

ينبغي أن يقوم مقدمي خدمات مدربين يفهمون تفضيلات العميل والثقافة والسياق بتقديم المشورة الخاصة بمنع الحمل. ويجب أن تؤكد المشورة على السرية والخصوصية، والطوعية والاختيار والواعي والموافقة وفاعلية الطرق الطبية وغير الطبية، والآثار الجانبية المحتملة، والتعامل والمتابعة والتوجيه بشأن الإزالة عند الحاجة.

يجب توفر مجموعة من أنواع وسائل الحمل بشكل فوري لتلبية الطلب المتوقع، ويجب تدريب مقدمي الخدمات على إزالة وسائل منع الحمل طويلة الأجل القابلة للإزالة.

الخدمات الأخرى: اشرع في أقرب وقت ممكن في نوع أخر لرعاية الأمهات وحديثي الولادة، بما يشمل الرعاية السابقة للولادة والتالية للولادة.

التنسيق مع القطاعات الأخرى: نسّق مع قطاع التغذية لضمان إحالة الحوامل والمرضعات إلى خدمات التغذية حسب الاقتضاء، ومثال على ذلك التغذية التكميلية الموجهة ⊕ انظر الأمن الغذائي والتغذية – معيار إدارة سوء التغذية 1.2 و2.2.

معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2:
العنف الجنسي والتدبير السريري لحالات الاغتصاب

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى رعاية طبية آمنة تستجيب إلى حاجات الناجين من العنف الجنسي.

الإجراءات الأساسية

1 حدد منظمة رائدة لتنسيق النهج متعدد القطاعات للحد من خطر العنف الجنسي، وتأكد من القيام بالإحالات وتقديم دعم شامل للناجين.

- نسق مع القطاعات الأخرى لتعزيز الوقاية والاستجابة.

2 بلغ المجتمع بالخدمات المتوفرة، بأهمية السعي الفوري للرعاية الطبية بعد أحداث العنف الجنسي.

- وفر علاجًا وقائيًا بعد التعرض لمرض نقص المناعة البشرية في أقرب وقت ممكن (في غضون 72 ساعة من التعرض).
- وفر وسائل منع حمل طارئة في غضون 120 ساعة.

3 انشئ مساحات آمنة في مرافق الرعاية الصحية لاستقبال الناجين من العنف الجنسي وتقديم الرعاية السريرية والإحالة.

- اعرض بروتوكولات واضحة وقائمة بحقوق المرضى واستخدمها.
- درب العاملين في مجال الرعاية الصحية على التواصل الداعم والحفاظ على السرية وحماية معلومات الناجين وبياناتهم.

4 وفر رعاية سريرية وإحالة للخدمات الأخرى الداعمة المتوفرة للناجين من العنف الجنسي.

- تأكد من وجود آلية إحالة للحالات المهددة للحياة أو المعقدة أو الحادة.
- ضع آليات إحالة بين الخدمات الصحية والقانونية وخدمات الحماية والأمن والنفسية الاجتماعية والخدمات المجتمعية.

المؤشرات الأساسية

تتمتع جميع المرافق الصحية بطاقم موظفين مدربين ولوازم ومعدات كافية لخدمات التدبير السريري للناجين من الاغتصاب استنادًا إلى البرتوكولات الوطنية والدولية

تصريح جميع الناجين من العنف الجنسي بتلقيهم الرعاية الصحية بطريقة آمنة وسرية

تلقي جميع الناجين من العنف الجنسي المستحقين:

- علاج وقائي لما بعد التعرض للعدوى خلال 72 ساعة من الواقعة أو من التعرض
- وسيلة منع حمل طارئة خلال 120 ساعة من الواقعة أو من التعرض

ملاحظات إرشادية

تتطلب الوقاية من العنف الجنسي والاغتصاب اتخاذ إجراء على مستوى جميع القطاعات ⊕ انظر معيار الإمداد بالمياه في قطاع المياه والإصحاح والنظافة 1.2؛ ⊕ انظر معيار إدارة الفضلات بقطاع المياه والإصحاح والنظافة 2.3؛ ⊕ انظر الأمن الغذائي والتغذية – معيار المساعدات الغذائية 3.6 ومعيار سبل العيش 2.7 ⊕ انظر معايير المأوى والمستوطنة 2؛ ⊕ انظر معيار الحماية 1 والالتزامات بالمعيار الإنساني الأساسي 4

و8. ⊕ انظر معيار النظم الصحية 1.1: وحتى 3.1: لمزيد من المعلومات حول توفير الأمان لمرافق الرعاية الصحية وتوفير رعاية آمنة.

يجب أن تتوفر الرعاية السريرية، بما في ذلك رعاية الصحة العقلية وإحالة الناجين، في جميع مرافق الرعاية الصحية الأساسية ومع الفرق المتنقلة ⊕ انظر معيار أنظمة الرعاية الصحية 2.1، ومعيار الرعاية الصحية 5.2. ويشمل ذلك الموظفين المهرة لتقديم علاج ومشورة سرية ورحيمة وفي التوقيت المناسب لجميع الأطفال والبالغين وكبار السن فيما يتعلق بما يلي:

- وسائل منع الحمل الطارئة؛
- اختبار الحمل والمعلومات حول خيارات الحمل والإحالة إلى الإجهاض الآمن لأقصى مدى يسمح به القانون؛
- العلاج الوقائي للأمراض المنقولة جنسيًا؛
- وسائل وقاية بعد التعرض للعدوى للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية ⊕ انظر معيار الصحة 3.3.2: فيروس نقص المناعة البشرية؛
- الوقاية من الفيروس الكبدي الوبائي بي؛
- العناية بالجروح والوقاية من الكزاز؛
- الإحالة لمزيد من الخدمات، على شاكلة الخدمات الصحية والنفسية والقانونية والاجتماعية الأخرى.

تأكد من توزيع متساوي من الجنسين من العاملين في الرعاية الصحية والمتقنين للغات المحلية ولغات المرضى، ودرّب مرافقين من الذكور والإناث ومترجمين فوريين لتقديم رعاية دون تمييز أو تحيز. درّب أيضًا العاملين في الرعاية الصحية على الرعاية السريرية للناجين من العنف الجنسي مع تركيز على التواصل الداعم والسوابق والفحص والعلاج والمشورة، ووفر تدريبًا حول نظام الطب العدلي وجمع الأدلة الجنائية، حيثما كان ذلك مجديًا وممكنًا.

الأطفال الناجون من العنف الجنسي: يجب رعاية الأطفال من خلال عاملين في الرعاية الصحية مدربين على إدارة مرحلة ما بعد الاغتصاب في الأطفال. اسمح للأطفال باختيار نوع جنس العاملين في الرعاية الصحية. اشرك الجهات الفعالة المتخصصة في الحماية بسرعة في جميع الحالات.

المشاركة المجتمعية: اعمل مع المرضى والمجتمع لتعزيز إمكانية الوصول للخدمات وقبولها ولتقديم برامج الوقاية خلال الأزمة، واحرص على وجود آليات تعقيبات سرية وتعقيبات سريعة، واشرك النساء والرجال والمراهقين والمراهقات والسكان المعرضين للخطر مثل ذوي الإعاقة وفئات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية والمتحيرين جنسيًا وثنائيي الجنس.

الأطر القانونية: كن على علم بنظام الطب العدلي المحلي والقوانين المتعلقة بالعنف الجنسي، وبلغ الناجين بأي قوانين إبلاغ إلزامية يمكنها أن تحد من سرية المعلومات التي يكشف عنها المرضى لمقدمي خدمة الرعاية الصحية. قد يؤثر ذلك على قرارهم بمواصلة التماس الرعاية ولكن يجب احترام ذلك.

يعد الإجهاض العمدي قانونيًا في العديد من البلدان تحت ظروف على شاكلة الاغتصاب. وحيثما كان ذلك مناط الحالة، يجب تقديم إمكانية الوصول أو الإحالات دون تمييز.

بالرغم من أن معالجة العنف الجنسي تعد أمر أمرًا ضروريًا، إلا أن أشكال العنف القائم على نوع الجنس، على شاكلة عنف الشريك الحميم أو زواج الأطفال أو الزواج القهري أو ختان الإناث، لا تسود في الأزمات الإنسانية فقط، بل إنها في بعض الحالات قد تزيد خلال الأزمة ويكون لها تأثير فريد ومعتبر على الصحة (بدنيًا وجنسيًا وعقليًا) وذلك بشأن الأفراد الذين يحتاجون استجابة مخصصة. بعض المبادئ التوجيهية الدولية الأخرى لا تعترف على نحو متزايدة بالعنف الجنسي وفقط، بل بالأشكال الأخرى للعنف القائم على نوع الجنس وآثارها

على الصحة ⊕ انظر المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لتكامل عميات التدخل في حالات العنف القائم على نوع الجنس في العمل الإنساني.

معيار الصحة الجنسية والإنجابية 3.3.2: فيروس نقص المناعة البشرية

إن تمتع الناس بإمكانية الوصول إلى رعاية صحية يمنع انتقال العدوى وتحد من المراضة والوفيات بسبب فيروس نقص المناعة البشرية.

الإجراءات الأساسية

1 ضع تدابير واحتياطات قياسية واتبعها بغرض الاستخدام الآمن والرشيد لنقل الدم.

2 وفر علاج مضاد للفيروسات الارتجاعية لكل شخص مصاب بالمرض بالفعل، بما في ذلك النساء المشمولين ببرامج الوقاية من انتقال العدوى من الأم للطفل.

- تتبع بفاعلية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية لمواصلة العلاج.

3 وفر واقيات ذكرية زلقة، وكذلك واقيات أنثوية إذا كانت مستخدمة بالفعل من جانب السكان.

- اعمل مع القادة والأشخاص المتضررين لفهم الاستخدام المحلي وزيادة القبول والتأكد من أن توزيع الواقيات الذكرية مناسب للثقافة.

4 اعرض القيام بفحص الحوامل في حالة كان معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية أكبر من 1 في المائة.

5 اشرع في علاج وقائي بعد التعرض في أقرب وقت ممكن وفي غضون 72 ساعة من تعرض الناجين من العنف الجنسي وفي حالة التعرض المهني.

6 توفير العلاج الوقائي كوتريموكسازول للعدوى الانتهازية في حالة:

a. المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية؛

b. والأطفال المولودين لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، في سن 4-6 أسابيع؛ وتستمر حتى استبعاد الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

7 تأكد من امتلاك مرافق الرعاية الصحية الأولية لمضادات الميكروبات ووفر إدارة منتظمة للمرضى المصابين بأعراض أحد الأمراض المنقولة جنسيًا.

المؤشرات الأساسية

فحص جميع الدم المنقول وخلوه من أنواع العدوى المنقولة عن طريق نقل الدم، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية

نسبة الأشخاص الذين كانوا يتلقون علاج مضاد للفيروسات الارتجاعية والمستمرين في تلقي الأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية

- 90 بالمئة

نسبة النساء اللاتي يتمتعن بإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية واللاتي جرى فحصهنّ من فيروس نقص المناعة البشرية، حيثما كانت نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية أكبر من 1 بالمئة

- 90 بالمئة

نسبة الأفراد المحتمل تعرضهم لفيروس نقص المناعة البشرية والذين أبلغوا المرافق الصحية وتلقوا علاج وقائي خلال 72 ساعة من التعرض

- 100 بالمئة

نسبة الرضع المتعرضين لفيروس نقص المناعة البشرية الذين يتلقون كوتريموكسازول في عمر 4-6 أسابيع

- 95 بالمئة

ملاحظات إرشادية

ينبغي تطبيق الإجراءات الأساسية في جميع الأزمات الإنسانية، بغض النظر على الممارسة المحلية لعلم الأوبئة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية.

اشرك المجتمع المتضرر والفئات السكانية الرئيسية (العاملين في الرعاية الصحية والقادة والنساء وفئات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية والمتحيرين جنسيًا وثنائيي الجنس وذوي الإعاقة) في تقديم الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، واحرص على معرفتهم بكيفية الوصول إلى العلاجات المضادة للفيروسات الارتجاعية. وإذا كانت هناك جمعية بالفعل للمصابين بفيروس نقص المناعة تشاور معهم واشركهم في تصميم البرنامج وتقديمه.

يعد التوزيع الذي يقوده المجتمع للواقيات الذكرية داخل جماعات الإقران أمر مفيد. وسوف تعرف فئات السكان الرئيسية والمراهقين أين يتجمع أقرانهم، ويمكن للمتطوعين توزيعها على الأقران. قم بتثقيف فئات السكان الرئيسية مع رسائل مناسبة ثقافيًا حول الاستخدام الصحيح للواقيات والتخلص من الواقيات المستخدمة بشكل صحيح. وفر الواقيات للمجتمع وموظفي وكالة المعونة والموظفين غير النظاميين وسائقي شاحنات توصيل المساعدة وغيرهم.

نقل الدم: ⊕ انظر معياري النظم الصحية 1.1 و3.1.

يجب أن تشمل **الرعاية والعلاج بعد مرحلة التعرض** المشورة وتقدير خطر التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية والموافقة المستنيرة وتقدير المصدر وتقديم الأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية. لا تعط العلاج الوقائي بعد التعرض لشخص معلوم إصابته بفيروس نقص المناعة البشرية. وبالرغم من التوصية بالمشورة والفحص قبل بدء العلاج الوقائي بعد التعرض، ولكن في حالة عدم الإمكان لا تؤخر الشروع في العلاج الوقائي بعد التعرض ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية – معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2: العنف الجنسي والتدبير السريري لحالات الاغتصاب.

النشاطات الشاملة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية الشاملة في الأزمات: أقم النشاطات التالية في أقرب وقت ممكن:

توعية بفيروس نقص المناعة البشرية: وفر معلومات يمكن الوصول إليها للجمهور، لاسيما السكان الأكثر عرضة للخطر، حول فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة جنسيًا.

الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية: وفر خدمات الحد من الضرر لفئات السكان الأكثر عرضة للخطر، على شاكلة تعقيم معدات الحقن وبالعلاج ببدائل الأفيون لمن يتعاطون المخدرات بالحقن، إذا كانت هذه الخدمات موجودة بالفعل ⊕ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: رعاية الصحة العقلية.

ملحوظة: لا تروج كاريتاس إنترناشوناليس وأعضائها لاستخدام أي نوع من وسائل منع الحمل الصناعية أو توزيعها.

المشورة الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية وفحصه: وفر (أو أعد إنشاء) خدمات المشورة والفحص المرتبطة ببدء العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية. تعتبر الفئات ذات الأولوية في فحص مرض نقص المناعة البشرية هي الحوامل وشركائهن والأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد حيثما زاد انتشار فيروس نقص المناعة البشرية عن 1 بالمئة وغيرهم من الفئات الأخرى المعرضة للخطر.

الوصمة والتمييز: من الضروري الحرص على أن الاستراتيجيات والبرامج لا تعمق الوصمات. اسع بفاعلية للحد من الوصمات والتمييز في المناطق المعروف بارتفاع مؤشر الوصمة بها والسلوكيات التمييزية.

عمليات التدخل بالعلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية: وسّع نطاق العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية ليشمل جميع من يحتاجونه – وليس فقط من سبق تسجيلهم به – وذلك في أقرب وقت ممكن.

الوقاية من انتقال المرض من الأم إلى الطفل: افحص الحوامل وشركائهن وقدم تشخيصًا مبكرًا لفيروس نقص المناعة البشرية في الرضع. قدم علاج مضاد للفيروسات الارتجاعية للنساء اللاتي أكدت التحاليل إصابتهم بالفيروس أو الذين أكدت الفحوصات إصابتهم حديثًا، وحوّل الرضع الذين أكدت الفحوصات إصابتهم إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للأطفال. وفر توجيه تغذية للرضع مخصص للنساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وادعم الاحتفاظ والالتزام بها ⊕ انظر الأمن الغذائي والتغذية – معايير تغذية الرضع والأطفال الصغار 1.4 و2.4.

خدمات الإصابة المشتركة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل: وفر فحصًا لمرض السل وإحالة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وفر علاج للسل لمن سبق التحاقهم بأحد برامج العلاج ⊕ انظر التشخيص وإدارة الحالة: 3.1.2. اربط خدمات فحص مرض السل وفيروس نقص المناعة البشرية في البيئات التي تشهد معدلات انتشار مرتفعة وانشئ مكافحة ضد السل في أوساط الرعاية الصحية.

4.2 رعاية الإصابات والصدمات

في أي أزمة، تساهم الإصابات بمعدل مرتفع من حالات الاعتلال والوفيات. من المرجح أن يتجاوز الطلب على خدمات رعاية الصدمات قدرات النظم الصحية المحلية بسرعة. للحد من تأثير الإصابات وكذلك خطر انهيار النظام الصحي، وفر فرز نظامي وإدارة للإصابات الجماعية جنبًا إلى جنب مع رعاية الطوارئ الأساسية والرعاية الجراحية والتأهيلية الآمنة. يتناول هذا القسم استجابة النظام الصحي للإصابات البدنية. وتتوفر إرشادات مخصصة عن التسمم والصحة العقلية والعنف الجنسي في مواضع أخرى ⊕ انظر الملحق 4: التسمم ؛ معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: الرعاية الصحية الأساسية – معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2.

معيار رعاية الصدمات والإصابات 4.2:
رعاية الصدمات والإصابات

يتمتع الأفراد بإمكانية الوصول إلى رعاية آمنة وفعالة للصدمات خلال الأزمات لمنع الوفيات والاعتلال والمعاناة والإعاقة التي يمكن تجنبها.

الإجراءات الأساسية

1 وفر الرعاية للصدمات على جميع المستويات ولجميع المرضى.

- انشئ نظم إحالة آمنة سريعًا بين المرافق، ومن المجتمعات المتضررة إلى المرافق.

- انشئ عيادات متنقلة أو مستشفيات ميدانية إذا لم يتمكن السكان من الوصول إلى الرعاية في أماكن ثابتة.

2 تأكد من تمتع العاملين في الرعاية الصحية بالمهارات والمعارف لعلاج الإصابات.

- ادرج جميع المستويات بدءً من أول المستجيبين إلى أولئك الذين يقدمون الرعاية الجراحية النهائية والتخدير.

3 انشئ بروتوكولات موحدة أو عززها للفرز ولرعاية الإصابات والصدمات.

- اشمل نظم الإحالة لحماية الطفل والناجين من العنف الجنسي وأولئك الذين يتطلبون دعمًا للصحة العقلية ودعم نفسي اجتماعي.

4 وفر وقاية علاجية من الكزاز لأي فرد معرض لخطر الإصابة، ولمرضى الإصابات المفتوحة والمشتركين في عمليات التنظيف والإنقاذ.

5 احرص على المعايير الدنيا للسلامة والحوكمة لجميع المرافق التي تقدم رعاية للصدمات والإصابات، بما في ذلك المستشفيات الميدانية.

6 احرص على الوصول في التوقيت المناسب لخدمات إعادة التأهيل وللأجهزة المساعدة ذات الأولوية ولمساعدات الانتقال وذلك لجميع المصابين بجروح.

- تأكد من إمكانية الصيانة محليًا للأجهزة المساعدة مثل الكراسي المتحركة والعكازات وغيرها من المساعدات على الانتقال.

7 تأكد من الوصول في الوقت المناسب لخدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي.

8 انشئ نظم معلومات صحية أو عززها وذلك بما يشمل بيانات الإصابات والصدمات.

- اعط الأولوية للتوثيق السريري الأساسي، على شاكلة السجلات الطبية للأفراد وذلك لجميع المصابين بصدمات.
- استخدم تعريفات قياسية لدمج الإصابة في مجموعات بيانات نظام المعلومات الصحية.

المؤشرات الأساسية

نسبة المرافق الصحية التي لديها خطة لمواجهة الكوارث بما يشمل إدارة أعداد الإصابات الكبيرة ومراجعتها والتدرب عليها على أساس منتظم

نسبة المرافق الصحية مع بروتوكولات لذوي الإصابات الحادة بما يشمل أدوات الفرز الرسمية

نسبة المرافق الصحية مع طاقم موظفين تلقوا التدريب الأساسي على منهج التعامل مع ذوي الإصابات الحادة

نسبة المرافق الصحية المنفذة لتدابير تعزيز الجودة للحد من خط أساس الاعتلال والوفيات حسب البيانات المتوفرة

ملاحظات إرشادية

ينبغي أن تشمل تنمية **التدريب والمهارات** المتعلقة برعاية الإصابات والصدمات ما يلي:

- إدارة الإصابات الجماعية، وذلك لأولئك الذي يستجيبون وينسقون الاستجابة؛
- الإسعافات الأولية الأساسية؛
- فرز موحد في الميدان وفي مرافق الرعاية الصحية؛

- تعرف مبكر وإنعاش وإدارة للجروح وسيطرة على الآلام ودعم نفسي اجتماعي يراعي عامل الوقت.

ينبغي وجود **بروتوكولات موحدة** أو تطويرها لتغطية ما يلي:

- تصنيف فرز الحالات قائم على حدتها وذلك في الحالات الروتينية والعاجلة والتي تشمل التقدير وتحديد الأولويات وعمليات الإنعاش الأساسي ومعايير إحالة حالات الطوارئ؛
- رعاية طارئة في الخطوط الأمامية عند نقاط الاتصال؛
- وحالات للطوارئ والرعاية المتقدمة، بما في ذلك الجراحة والرعاية اللاحقة للجراحة وإعادة التأهيل.

المعايير الدنيا للسلامة والجودة: يجب التأكد من تأمين الحد الأدنى من المعايير، حتى في حالة تقديم الرعاية للصدمات كاستجابة لوقائع حادة أو نزاع مستمر. وتشمل المجالات التي سيتم معالجتها ما يلي:

- الاستخدام الآمن والرشيد للأدوية والأجهزة ومشتقات الدم، وذلك بما يشمل سلسلة التوريد؛
- الوقاية من العدوى ومكافحتها؛
- إمدادات طاقة كافية للإضاءة والاتصالات وتشغيل الأجهزة الطبية الأساسية، على شاكلة معدات الإنعاش الطارئ وأجهزة التعقيم؛
- إدارة النفايات الطبية.

الإسعافات الأولية القائمة على المجتمع: تحفظ الإسعافات الأولية الملائمة وذات التوقيت المناسب الذي يقوم بها غير المتخصصين الأرواح إذا تمت بطريقة آمنة ومنتظمة. وينبغي على جميع مقدمي الإسعافات الأولية استخدام طريقة منظمة للتعامل مع المصابين. ويعد التدريب الأساسي على التعامل مع الجروح، مثل التنظيف والتضميد، أمر حيوي.

اشمل الإسعافات الأولية على مستوى الأسرة والمجتمع، وكذلك التوجيه بشأن متى وأين يتم السعي للمساعدة الطبية. عزز الوعي بالمخاطر الخاص بالسياق، على شاكلة عدم استقرار البنية التحتية أو التعرض لخطر الإصابة أثناء محاولات الإنقاذ.

الفرز هو عملية يتم فيها تصنيف المرضى حسب شدة إصابتهم وحاجتهم للرعاية، حيث تكشف عن أولئك الذين تتحقق لهم أكبر فائدة من التدخل الطبي الفوري. وتوجد عدة نظم للفرز؛ أحد أكثر النظم واسعة الاستخدام يستخدم خمس ألوان: الأحمر للمرضى ذوي الأولوية القصوى، والأصفر للمتوسطة، والأخضر للمنخفضة، والأزرق للمرضى الذين تتجاوز حاجتهم القدرة التقنية لمرفق أو الذين يحتاجون رعاية تلطيفية، والرمادي للمتوفين.

رعاية الطوارئ المحترفة على الخطوط الأمامية: يجب أن تتوفر في جميع العاملين في الرعاية الصحية ذوي المستوى المرتفع، مثل الأطباء، مهارة منهج الاقتراب المنتظم من المرضى أو المصابين بشكل حاد ⊕ انظر منهج ABCDE في التوجيهات الدولية للإسعافات الأولوية والإنعاش. ويمكن تقديم عمليات التدخل الخاصة بالإنعاش الأولي والمنقذة للحياة، على شاكلة التعامل مع السوائل والمضادات الحيوية والسيطرة على النزيف وعلاج الاسترواح الصدري، في العديد من الأوضاع قبل نقل المريض إلى الخدمات المتقدمة.

التخدير ورعاية الصدمات والرعاية الجراحية: يجب الاضطلاع برعاية الطوارئ والرعاية الجراحية والتأهيلية فقط في المؤسسات ذات الخبرات الملائمة. ويجب أن يعمل مقدمي الخدمة في نطاق ممارستهم العملية، مع موارد كافية للحفاظ على أنشطتهم. وقد تؤدي الرعاية غير الملائمة أو غير الكافية لضرر يتجاوز عدم فعل أي شيء. كما قد تسبب الجراحات المقدمة بدون عناية سابقة ولاحقة مناسبة للعمليات، وبدون تأهيل مستمر، الفشل في استعادة القدرات الوظيفية للمريض.

المستشفيات الميدانية: قد يكون استخدام المستشفيات الميدانية المؤقتة ضروريًا، لاسيما في الأزمات الحادة، ويجب أن يتم التنسيق مع وزارة الصحة أو الوكالات الرائدة أو غيرها من الجهات الصحية. ويجب أن تلبي معايير الرعاية وسلامتها المعايير الوطنية والدولية ⊕ انظر مراجع للمزيد من الإرشادات.

إعادة التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعي: يمكن أن تزيد إعادة التأهيل المبكرة من معدل النجاة، وتعظّم من أثر عمليات التدخل الطبي والجراحي وتعزز جودة حياة الناجين من الإصابات. ويجب أن تكون الفرق الطبية التي تتمتع بموارد لإقامة المرضى بالقدرة على تقديم إعادة التأهيل المبكرة. ضع خريطة بقدرات إعادة التأهيل الحالية ومسارات الإحالة واستوعب الروابط بين نظم الرعاية الاجتماعية القائمة والمساعدة المعتمدة على النقد. أقم صلات مع مراكز إعادة التأهيل المحلية أو منظمات إعادة التأهيل المعتمدة على المجتمع وذلك لتوفير الرعاية المستمرة.

قبل الإخراج، انظر في الحاجات المستمرة لمرضى الصدمات والإصابات، بما يشمل أولئك المصابين بإعاقة سابقة، وتأكد من تحقيق المتابعة الطبية ومتابعة إعادة التأهيل، وكذلك تثقيف المريض والقائم بالرعاية وتأكد من الأجهزة المساعدة الأساسية (مثل العكازات أو الكراسي المتحركة) ودعم الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية وكذلك إمكانية الوصول إلى الخدمات الأساسية الأخرى.

ضع خطط وفرق رعاية متعددة التخصصات، بما في ذلك متخصصين في إعادة التأهيل البدني وموظفين من ذوي المهارات في رعاية الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي. ويجب أن يبدأ دعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي لمن تعرضوا لإصابات مغيرة لحياة أثناء إقامة المرضى. كما تعد الروابط مع خدمات الدعم المستمر أمرًا أساسيًا ⊕ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: رعاية الصحة العقلية.

الاعتبارات التدبيرية الخاصة – السيطرة على الألم: التعامل الجيد مع الألم بعد الإصابة يحد من أخطار الإصابة بالالتهاب الرئوي والتخثر الوريدي العميق، ويساعد المريض كذلك في بدء العلاج الطبيعي، كما أنه يقلل من الإجهاد الفسيولوجي مما يؤدي إلى الحد من الاعتلال القلبي الوعائي ويحد من الضغط النفسي. يجب علاج الألم الحاد الناتج عن الصدمة باتباع إجراء سلم الألم المعكوس التابع لمنظمة الصحة العالمية. وقد يكون ألم الاعتلال العصبي الناتج عن إصابة العصب ظاهرًا منذ البداية ويجب أن يتم علاجه بشكل جيد ⊕ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية ومعيار الرعاية الصحية الأساسية 7.2 الرعاية التلطيفية ⊕ انظر سلم الألم التابع لمنظمة الصحة العالمية.

الاعتبارات التدبيرية الخاصة – التعامل مع الجروح: في معظم الأزمات، يأتي العديد من المرضى للرعاية بعد مرور ست ساعات من الإصابة. ويتسبب العرض المتأخر في زيادة كبيرة في تعرض الجرح للعدوى والوفيات المرتبطة بها. ويجب على العاملين في الرعاية الصحية أن يعلموا برتوكولات التعامل مع الجروح (بما في ذلك الحروق) ومنع العدوى وعلاجها، وذلك في كل من حالة العرض المتأخر أو الحالة الحادة. وتشمل هذه البرتوكولات توفير مضادات حيوية مناسبة وإزالة جراحية للأجسام الغريبة والأنسجة الميتة والتضميد.

الكزاز: يرتفع خطر الكزاز نسبيًا في الكوارث الطبيعية التي تبدأ بشكل مفاجئ. قم بإدارة لقاح الكزاز المحتوي على الذوفان (لقاح السل أو لقاحات السل والدفتيريا والكزاز – أو اللقاح الثلاثي، استنادًا على سابقة التلقيح) وذلك للمصابين بجروح مفتوحة. وينبغي أن يتلق الأفراد المصابين بجروح متسخة أو ملوثة للغاية جرعة من الجلوبين المناعي للكزاز كذلك وذلك في حالة عدم تلقيهم للقاح الكزاز مسبقًا.

5.2 الصحة العقلية

تشيع مشكلات الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية بين البالغين والمراهقين والأطفال في جميع الأوضاع الإنسانية. وتعرّض الضغوطات القاسية المرتبطة بالأزمات الناس إلى خطر متزايد للإصابة بمشكلات اجتماعية وسلوكية ونفسية وعقلية. وينطوي عدم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي على إجراءات متعددة

القطاعات. ويركز هذا المعيار على الإجراءات المتخذة من جانب الجهات الصحية. كما يجب أن يطلع القراء أيضًا على المعيار الإنساني الأساسي ومعايير الحماية وذلك لمزيد من المعلومات حول عمليات التدخل النفسية الاجتماعية في مختلف القطاعات.

معيار الصحة العقلية 5.2:
رعاية الصحة العقلية

يتمتع الناس من جميع الأعمار بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية التي تعالج حالات الصحة العقلية وما يرتبط بها من ضعف الوظائف.

الإجراءات الأساسية

1 نسق عمليات دعم الصحة العقلية والنفسية والاجتماعية عبر القطاعات.

- شكل مجموعة عمل متعددة القطاعات وتقنية لمسائل الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية. وقد يتم إدارتها بالمشاركة بين منظمة صحية ومنظمة إنسانية للحماية.

2 ضع برنامج يرتكز على الاحتياجات والموارد التي تم تحديدها.

- حلل نظم الصحة العقلية القائمة وكفاءات الموظفين والموارد أو الخدمات الأخرى.
- اجرِ تقديرًا للاحتياجات مع الأخذ في الاعتبار أن حالات الصحة العقلية قد تكون من قبل الأزمة أو تم تحفيزها بالأزمة أو كلاهما.

3 اعمل مع أعضاء المجتمع، بما في ذلك المهمشين، لتعزيز المساعدة الذاتية المجتمعية والدعم الاجتماعي.

- عزز الحوار المجتمعي حول سبل معالجة المشكلات على نحو تعاوني، وذلك اعتمادًا على حكمة المجتمع وخبرته وموارده.
- حافظ على آليات الدعم الموجودة سلفًا وادعم إعادة انطلاقها وذلك على شاكلة جماعات النساء والشباب والمصابين بمرض نقص المناعة البشرية.

4 وجّه الموظفين والمتطوعين عن كيفية تقديم الإسعافات الأولية النفسية.

- طبّق مبادئ الإسعافات الأولية النفسية في إدارة الإجهاد الحاد بعد التعرض مؤخرًا لأحداث تسبب الصدمات.

5 اجعل الرعاية الصحة العقلية السريرية الأساسية متوفرة في كل مرفق للرعاية الصحية.

- نظم دورات تدريبية قصيرة واشرف على العاملين في الرعاية الصحية العامة لتقدير حالات الصحة العقلية ذات الأولوية والتعامل معها.
- نظم آليات للإحالة بين أخصائيي الصحة العقلية ومقدمي الرعاية الصحية العاملة والمساعدات المستندة على المجتمع وغيرها من الخدمات.

6 قم بإتاحة عمليات التدخل النفسي حيثما أمكن لمن تضرروا بالمحن الطويلة.

- درب غير الأخصائيين واشرف عليهم حيثما أمكن.

7 احم حقوق المصابين بحالات عقلية حادة في المجتمع والمستشفيات والمؤسسات.

- قم بزيارة مستشفيات الأمراض النفسية والمنازل السكنية للمصابين بحالات عقلية حادة بشكل منتظم من بدء الأزمة.
- عالج الإهمال وسوء المعاملة في المؤسسات ونظم الرعاية.

8 قلل الضرر الناجم عن الكحول والمخدرات.

- درّب الموظفين على الكشف وعمليات التدخل الوجيزة والحد من الأضرار وإدارة الانسحاب والتسمم.

9 اتخذ خطوات لتطوير نظام مستدام للصحة العقلية خلال التخطيط المبكر للتعافي وفي الأزمات طويلة الأمد.

المؤشرات الأساسية

نسبة خدمات الرعاية الصحية الثانوية التي تحتوي على موظفين مدربين وخاضعين للإشراف للتعامل مع حالات الصحة العقلية.

نسبة خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تحتوي على موظفين مدربين وخاضعين للإشراف للتعامل مع حالات الصحة العقلية

عدد الأفراد المشاركين في نشاطات المساعدة الذاتية المجتمعية والدعم المجتمعي

نسبة مستخدمي الخدمات الصحية الذين تلقوا رعاية لحالات تخص الصحة العقلية

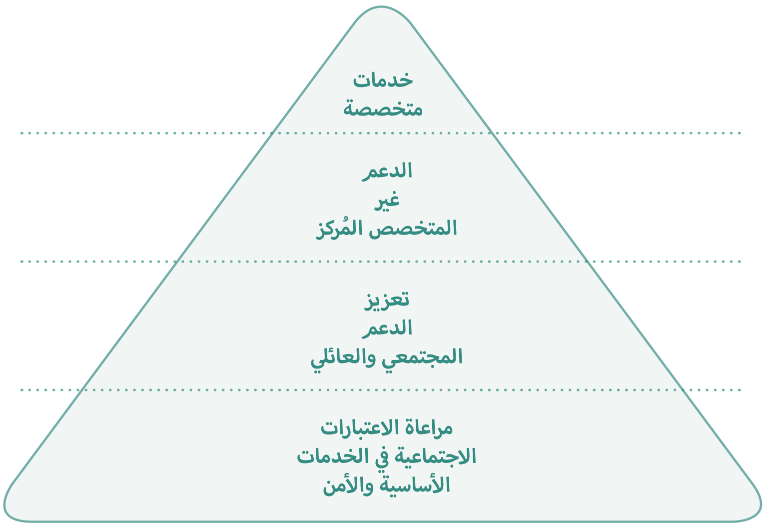
نسبة الأفراد الذين تلقوا رعاية لحالات تخص الصحة العقلية والذي أبلغوا بتحسن في الوظائف وانخفاض في الأعراض

عدد الأيام التي لم تتوفر فيها الأدوية العقلية الأساسية خلال الثلاثين يومًا الماضية

- أقل من 4 أيام

ملاحظات إرشادية

الدعم متعدد المستويات: تؤثر الأزمات على الأشخاص بطرق مختلفة، مما يتطلب أنواعًا مختلفة من الدعم. ويتمثل مفتاح تنظيم دعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في وضع نظام طبقي من مساعدات تكاملية يلبي مختلف الحاجات، كما هو مبين في الرسم البياني أدناه. ويعرض هذا الهرم مختلف الإجراءات المكملة لبعضها البعض. جميع طبقات الهرم هامة ويجب أن تنفذ في نفس الوقت بشكل مثالي.



هرم الخدمات والمساعدات متعدد الطبقات (شكل 10)

المصدر: المجموعة المرجعية للصحة العقلية والدعم النفسي في حالات الطوارئ التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2010)

التقييم: معدلات حالات الصحة العقلية كبيرة في أي أزمة من الأزمات. إن دراسات الانتشار ليست ضرورية للشروع في الخدمات. استخدم مناهج تشاركية سريعة، حيثما أمكن، وادمج الصحة العقلية في التقييمات الأخرى. ولا تحدد التقييم بمسألة سريرية واحدة.

الدعم والمساعدة الذاتية المجتمعية: اشرك العاملين الصحيين المجتمعيين والقادة والمتطوعين في تمكين أعضاء المجتمع، بما يشمل المهمشين، لزيادة المساعدة الذاتية والدعم الاجتماعي. قد تشمل الأنشطة إنشاء مساحات آمنة ووضع شروط للحوارات المجتمعية.

الإسعافات الأولية النفسية: من الضروري توفر الإسعافات الأولية النفسية للأشخاص المتعرضين لأحداث صدمية محتملة، مثل العنف البدني أو الجنسي، أو الذين يشهدون فظائع أو يتعرضون لإصابات خطيرة. وهذا ليس تدخلًا سريريًا، بل إنه استجابة أساسية وداعمة وإنسانية نحو المعاناة، حيث تشمل الإصغاء الجيد، وتقدير الاحتياجات الأساسية وتلبيتها، وتشجيع الدعم الاجتماعي والحماية من التعرض لمزيد من الضرر، وهي غير تدخلية ولا تقوم بالضغط على الأفراد للحديث حول محنتهم. وبعد توجيه وجيز، يمكن للقادة المحليين والعاملين في الرعاية الصحية وغيرهم المنخرطون في الاستجابة الإنسانية تقديم الإسعافات الأولية النفسية للأفراد المعرضين للمحن. كما يجب توفرها على نطاق واسع، ويجب ألا تقتصر استجابة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي ككل على تلك الإسعافات فقط.

يعزز **التفريغ النفسي ذو الجلسة الواحدة** التنفيس وذلك عن طريق تشجيع الأفراد على إعادة التصورات والأفكار وردود الفعل العاطفية بشكل وجيز ولكن منتظم والتي تعرضوا لها أثناء الكرب الأخير. وهي في أفضل حالاتها غير فعالة وينبغي عدم استخدامها.

عمليات التدخل النفسية الأخرى: يمكن أن يقدم العاملون في الرعاية الصحية غير المتخصصون عمليات تدخل نفسية لاضطرابات الاكتئاب والقلق وكرب ما بعد الصدمة في حال تدريبهم تدريبًا جيدًا والإشراف عليهم ودعمهم. وهذا يشمل العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج بين الأشخاص.

الرعاية الصحية العقلية السريرية: اعطِ موجزًا لجميع الموظفين الصحيين والمتطوعين حول الرعاية الصحية العقلية المتوفرة، ودرّب مقدمي الخدمات الصحية وفقًا لبروتوكولات قائمة على الأدلة. أضف محترفي صحة عقلية حيثما أمكن، على شاكلة مراضات الصحة العقلية وذلك لمرافق الرعاية الصحية العامة، ونظم مساحات خاصة للاستشارات ⊕ انظر دليل التدخل الإنساني لبرنامج العمل بشأن سد الثغرات في مجال الصحة النفسية.

إن الحالات الأكثر ترددًا على خدمات الصحة في الطوارئ هي الذهان والاكتئاب والحالات العصبية والصرع. وتعد الصحة العقلية للأمهات مصدر قلق خاص بسبب تأثيرها المحتمل على رعاية الأطفال.

ادمج فئات الصحة العقلية في نظام المعلومات الصحية ⊕ انظر الملحق 2: نموذج عينات نظم إدارة المعلومات الصحية.

أدوية المؤثرات العقلية الأساسية: نظم إمدادًا غير منقطع لأدوية المؤثرات العقلية الأساسية بحيث يتوفر واحد من كل فئة علاجية على الأقل (مضاد للذهان ومضاد للاكتئاب ومضاد للقلق ومضاد للصرع وأدوية لمواجهة الآثار الجانبية لمضادات الذهان). ⊕ انظر مجموعة المستلزمات المشتركة بين الوكالات لأدوية المؤثرات العقلية المقترحة ومعيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية.

حماية حقوق المصابين بحالات عقلية: خلال الأزمات الإنسانية، يكون المصابون بحالات مزمنة تخص الصحة العقلية مُعرضون لخطر شديد لانتهاكات حقوق الإنسان على شاكلة سوء المعاملة والإهمال والهجر وعدم توفر المأوى أو الغذاء أو الرعاية الطبية. عين على الأقل وكالة واحدة لتلبي حاجات الناس في المؤسسات.

الانتقال إلى مرحلة ما بعد الأزمة: تتسبب الأزمات الإنسانية في زيادة المعدلات طويلة الأجل للعديد من حالات الصحة العقلية، ومن ثم فمن الضروري التخطيط لزيادة التغطية العلاجية في جميع أنحاء المنطقة المتضررة. ويشمل هذا تعزيز النظم الوطنية القائمة الخاصة بالصحة النفسية وتبني دمج الفئات المهمشة (بما في ذلك اللاجئين) في تلك النظم. ويمكن أن توفر المشروعات الإيضاحية، مع تمويل طارئ قصير الأجل، إثباتًا لصحة المفاهيم وتخلق زخمًا لجذب المزيد من الدعم والتمويل لتطوير نظام الصحة العقلية.

6.2 الأمراض غير المعدية

هناك حاجة للتركيز على الأمراض غير المعدية في الأزمات الإنسانية والتي تضر بزيادة متوسط العمر المتوقع على مستوى العالم، وذلك فضلًا عن عوامل الخطر السلوكية مثل تدخين التبغ والنظم الغذائية غير الصحية. تحدث حوالي 80 بالمئة من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية في البلدان منخفضة أو متوسطة الدخل، وتتسبب حالات الطوارئ في تفاقم الأمر.

ضمن متوسط عدد سكان بالغين يساوي 10 آلاف، يرجح إصابة 1,500--3,000 منهم بضغط الدم المرتفع، و2,000-500 بأمراض السكري، و3-8 بنوبات قلبية حادة خلال فترة عادية تبلغ 90 يومًا.

تختلف الأمراض إلا أنها في الغالب تشمل السكري والأمراض القلبية الوعائية (بما يشمل ارتفاع ضغط الدم وفشل القلب والسكتات وأمراض الكلى المزمنة)، وأمراض الرئة المزمنة (على شاكلة الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن) والسرطان.

يجب أن تتعامل الاستجابة الأولية مع المضاعفات الحادة وتتجنب انقطاع العلاج، ويتبعها برامج أكثر شمولًا.

يتم تناول الصحة العقلية والرعاية التسكينية بشكل خاص في ⊕ المعيارين 5.2: الرعاية الصحية العقلية و 7.2: الرعاية التلطيفية.

معيار الأمراض غير المعدية 6.2: رعاية الأمراض غير المعدية

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى البرامج الوقائية والتشخيص والعلاجات الأساسية للمضاعفات الحادة والتعامل طويل الأجل مع الأمراض غير المعدية.

الإجراءات الأساسية

1. حدد الاحتياجات الصحية للأمراض غير المعدية وحلل توفر الخدمات قبل الكارثة.
   - حدد الفئات ذات احتياجات لها أولوية، بما يشمل المعرضين لمضاعفات مهددة للحياة مثل مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين أو المصابين بالربو الحاد.
2. نفذ برامج ذات نهج تدريجي استنادًا على الأولويات المنقذة للحياة وتخفيف المعاناة.
   - تأكد من تلقي المرضى الذين جرى تشخيصهم بمضاعفات مهددة للحياة (على شاكلة نوبات الربو الحادة أو الإصابة بالحماض الكيتوني السكري) للرعاية المناسبة. إن لم تتوفر الرعاية الملائمة، قدم رعاية تلطيفية وداعمة.

- تجنب الانقطاع المفاجئ في العلاج للمرضى الذين شخصت إصابتهم قبل الأزمة.

3 ادمج رعاية الأمراض غير المعدية في النظام الصحي على جميع المستويات.

- انشئ نظام إحالة لإدارة المضاعفات الحادة والحالات المعقدة في الرعاية في المستوى الثاني والثالث، والرعاية التسكينية والداعمة.
- قم بإحالة المرضى للاستجابات الخاصة بالأمن الغذائي أو التغذية عند الحاجة.

4 انشئ برامج تأهب وطنية للأمراض غير المعدية.

- اشمل الأدوية الأساسية واللوازم في الإمدادات الطبية الطارئة المخزنة مسبقًا أو الاحتياطية.
- جهز المرضى من الأفراد بإمدادات احتياطية من الأدوية والتعليمات حول كيفية الوصول إلى الرعاية الطارئة عند وقوع الأزمة.

المؤشرات الأساسية

نسبة مرافق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم رعاية للأمراض غير المعدية ذات الأولوية

عدد الأيام التي لم تتوفر فيها الأدوية الأساسية للأمراض غير المعدية خلال الثلاثين يومًا الماضية

- أقل من 4 أيام

عدد الأيام التي لم تتوفر فيها المعدات الأساسية (أو لم تكن في حالة تشغيلية) للأمراض غير المعدية خلال الثلاثين يومًا الماضية

- أقل من 4 أيام

جميع العاملين في الرعاية الصحية الذين يقدمون علاجات للأمراض غير المعدية مدربون على إدارة الأمراض غير المعدية

ملاحظات إرشادية

تقدير المخاطر والاحتياجات لتحديد الأمراض غير المعدية ذات الأولوية: صمم وفقًا للسياق ومرحلة الطوارئ. وقد ينطوي هذا على مراجعة السجلات أو استخدام البيانات السابقة عن الأزمة أو إجراء مسوح استقصائية للأسر أو القيام بتقدير وبائي باستخدام مسح استقصائي مستعرض. اجمع البيانات المتعلقة بانتشار مرض غير معد محدد وحوادثه وحدد الاحتياجات المهددة للحياة أو حالات الأعراض المزمنة.

حلل توفر خدمات ما قبل الأزمة واستخدامها، لاسيما في الحالات المعقدة مثل السرطان أو أمراض الكلى المزمنة، وذلك لتقدير التوقعات وقدرة النظام الصحي خلال السياق. إن الهدف المتوسط إلى طويل الأجل هو دعم هذه الخدمات وإعادتها لحالتها الأصلية.

الاحتياجات العلاجية المعقدة: وفر استمرارية الرعاية للمرضى ذوي الاحتياجات المعقدة، على شاكلة مرضى الغسيل الكلوي ومتلقي العلاج الإشعاعي والكيميائي إن أمكن، وقدم معلومات واضحة وسهلة حول مسارات الإحالة. وفر إحالات لدعم الرعاية التسكينية عند توفرها ⊕ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 7.2: الرعاية التسكينية.

دمج رعاية الأمراض غير المعدية في النظام الصحي: وفر العلاجات الأساسية للأمراض غير المعدية في مستوى الرعاية الصحية الأولية وذلك وفقًا للمعايير الوطنية أو الإرشادات الدولية في حالة الطوارئ عند عدم توفر معايير وطنية.

اعمل مع المجتمعات لتحسين الكشف المبكر والإحالات، وادمج العاملين في الصحة المجتمعية في مرافق الرعاية الأولية، وانخرط مع قادة المجتمع والمعالجين التقليديين والقطاع الخاص. يمكن أن توفر خدمات التوعية خدمات صحية للأمراض غير المعدية للسكان المعزولين.

قم بتكييف نظام المعلومات الصحية القائم من أجل وضع الأزمة ليشمل رصد الأمراض غير المعدية الرئيسية: ارتفاع ضغط الدم والسكري والربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن ومرض الإفقار القلبي والصرع ⊕ انظر معايير الصحة 5.1: معلومات الصحة والملحق 2.

الأدوية والأجهزة الطبية: راجع القائمة الوطنية للأدوية الأساسية والأجهزة، بما يشمل التكنولوجيات والفحوص المختبرية الأساسية، وذلك للتعامل مع الأمراض غير المعدية. ركز على الرعاية الصحية الأولية ⊕ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية. عند الحاجة، ادعُ إلى إدراج الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية الرئيسية وفقًا للتوجيهات الدولية وتوجيهات الطوارئ بشأن الأمراض غير المعدية. وفر إمكانية الوصول الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية على مستوى مناسب من الرعاية. قد تُستخدم مجموعات الأمراض غير المعدية بالاقتران مع المجموعات الصحية الطارئة المشتركة بين الوكالات في المراحل المبكرة من الأزمة لزيادة توفر الأدوية والمعدات الرئيسية. لا تستخدمها لتوفير إمدادات طويلة الأجل.

التدريب: درب جميع العاملين السريريين على جميع المستويات على إدارة حالات الأمراض غير المعدية ودرب جميع الطاقم على إدارة الأمراض غير المعدية ذات الأولوية، بما في ذلك إجراءات التشغيل القياسية فيما يخص الإحالة ⊕ انظر معيار النظم الصحية 2.1: القوى العاملة في المجال الصحي.

الإرشاد الصحي والتثقيف: وفر معلومات حول خدمات الأمراض غير المعدية وأين يمكن الحصول على الرعاية. يجب أن تكون المعلومات متاحة للجميع، بما في ذلك كبار السن وذوي الإعاقة، وذلك لتعزيز السلوكيات الصحية وتعديل عوامل الخطر وتحسين الرعاية الذاتية والالتزام بالعلاج. ويمكن أن تشتمل السلوكيات الصحية على نشاط بدني منتظم أو الحد من تناول الكحول والتبغ على سبيل المثال. اعمل مع مختلف أجزاء المجتمع على صياغة رسائل ووضع استراتيجيات توزيع تناسب السن والجنس والثقافة. قم بتكييف استراتيجيات الوقاية والمكافحة حسب السياق، مع الأخذ في الاعتبار العوائق على شاكلة محدودية إمدادات الغذاء أو الاكتظاظ.

خطط الوقاية والتأهب: اشمل إدارة الأمراض غير المعدية في الخطط الوطنية للكوارث والطوارئ، وتأكد من تخصيصها لمختلف أنواع مرافق الرعاية الصحية (على سبيل المثال، المراكز الصحية الصغيرة أو المستشفيات الكبيرة المزودة بوحدات غسيل كلوي). ويجب إعداد المراكز الصحية في السياقات غير المستقرة أو المعرضة للكوارث لتقديم الخدمات الخاصة بالأمراض غير المعدية.

كوّن سجلًا للمرضى المصابين بحالات معقدة ولديهم حاجات ماسّة وضع بروتوكولات تشغيل موحدة لإحالتهم في حالة وقوع الكارثة.

7.2 الرعاية التلطيفية

تتمثل الرعاية التلطيفية في منع المعاناة والكرب المقترنين بالرعاية في مرحلة الاحتضار والتخفيف منها. وتتضمن تحديد الألم وتقديره وعلاجه وكذلك الاحتياجات البدنية والنفسية والروحية الأخرى. ادمج الرعاية الفسيولوجية والنفسية والروحية حسب طلب المريض أو أسرته فقط، واشمل أنظمة دعم لمساعدة المرضى والأسر والقائمين بالرعاية. وينبغي تقديم هذه الرعاية في مرحلة الاحتضار بغض النظر عن السبب.

معيار الرعاية التلطيفية 7.2:
الرعاية التلطيفية

تمتع الأفراد بإمكانية الوصول إلى الرعاية التسكينية والرعاية في مرحلة الاحتضار والتي تخفف الألم والمعاناة وتعظم كرامة المريض وراحته وجودة حياته، وتقدم الدعم لأفراد الأسرة.

الإجراءات الأساسية

1. ضع توجيهات وسياسات لدعم اتساق الرعاية التلطيفية.
   - اشمل التوجيهات الوطنية أو الدولية الخاصة بالسيطرة على الألم والأعراض في مرافق الرعاية الصحية.
   - ضع توجيهات للفرز استنادًا إلى حالة المريض الطبية والتنبؤ بها وتوفر الموارد.
2. ضع خطة للرعاية وقدم رعاية تسكينية للمرضى المحتضرين.
   - تأكد من تخفيف الألم وتحقيق الكرامة عند الوفاة أثناء الحالات الطارئة الحادة كحد أدنى.
   - استكشف ما يدور في فهم المريض أو الأسرة حول وضعه وكذلك مخاوفهم وقيمهم ومعتقداتهم الثقافية.
3. ادمج الرعاية التلطيفية في جميع مستويات النظام الصحي.
   - انشئ شبكات إحالة قوية لتوفير استمرارية الدعم والرعاية.
   - اعطِ الأولوية للإدارة المرتكزة على المنزل والتي تتضمن رعاية مرتكزة على المنزل.
4. درّب العاملين في الرعاية الصحية على تقديم الرعاية التلطيفية، بما يشمل السيطرة على الألم والأعراض ودعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي.
   - قم بتلبية المعايير الوطنية، أو المعايير الدولية حيثما لا توجد معايير وطنية.
5. وفر الإمدادات الطبية والأجهزة الرئيسية.
   - خزّن الأدوية المسكنة والأجهزة الطبية المناسبة، على شاكلة الحفاضات والقسطرة، في مرافق الرعاية الصحية.
   - كن على بينة من لوائح الأدوية الخاضعة للرقابة والتي قد تتسبب في تأخر توفير الأدوية الأساسية.
6. اعمل مع النظم والشبكات المحلية لدعم المرضى والقائمين بالرعاية والأسر في المجتمع وفي المنزل.
   - وفر الإمدادات لاحتياجات الرعاية المنزلية، على شاكلة الحفاظات والقسطرة البولية وحزم التضميد.

المؤشرات الأساسية

عدد الأيام التي لم تتوفر فيها أدوية الرعاية التلطيفية الأساسية خلال الثلاثين يومًا الماضية

- أقل من 4 أيام

نسبة الموظفين المدربين على التحكم الأساسي بالألم والأعراض أو بالرعاية التلطيفية في كل مركز من مراكز الصحة والمستشفيات والعيادات المتنقلة والمستشفيات الميدانية.

نسبة المرضى الذي حددهم نظام الرعاية الصحية كمحتاجين وتلقوا رعاية في الاحتضار

ملاحظات إرشادية

يجب على الجهات الصحية الإنسانية الوعي بالطرق المحلية لاتخاذ القرارات العلاجية واحترامها، وكذلك القيم المحلية المتعلقة بالمرض والمعاناة والاحتضار والموت. ويمثل تخفيف المعاناة أمرًا هامًا وينبغي أن يتلقى المرضى المحتضرون رعاية موجهة نحو الراحة، سواء كان اعتلالهم بسبب إصابات مميتة أو أمراض معدية أو لأي سبب آخر.

وضع خطة الرعاية: حدد المرضى المعنيين واحترم حقهم في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهم، وقدّم معلومات غير منحازة وضع في اعتبارك احتياجاتهم وتوقعاتهم. وينبغي أن يتم التوافق على خطة الرعاية ويجب أن تستند على تفضيلات المريض. قدم إمكانية الوصول لدعم الرعاية الصحية والدعم النفسي الاجتماعي.

توفر الأدوية: بعض أدوية الرعاية التسكينية، مثل أدوية تخفيف الألم؛ مشمولة في الوحدات الأساسية والتكميلية للمجموعات الصحية الخاصة بالطوارئ والمشتركة بين الوكالات، وكذلك قائمة الأدوية الأساسية. وتعتبر المجموعات الصخية الخاصة بالطوارئ المشتركة بين الوكالات مفيدة في مراحل الأزمة المبكرة إلا أنها غير مفيدة للأوضاع طويلة الأمد حيث يجب إنشاء أنظمة أكثر استدامة ⊕ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية والمراجع والمزيد من المطالعة.

الأسرة والمجتمع والدعم الاجتماعي: نسق مع القطاعات الأخرى للاتفاق على مسار الإحالة للمرضى وأسرهم ليكون الدعم متكاملًا. ويشمل هذا تقدير النظم الاجتماعية ونظم الرفاهية الوطنية أو المنظمات التي تقدم المساعدة في المأوى والنظافة والمجموعات المحافظة للكرامة والمساعدة القائمة على النقد والصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي والمساعدة القانونية وذلك للتأكد من تلبية الاحتياجات اليومية الأساسية.

نسق مع القطاعات المعنية لاقتفاء الأسر المشتتة ومن ثم يمكن للمرضى التواصل معهم.

اعمل مع الشبكات القائمة للرعاية المجتمعية، والتي تمتلك في الغالب ميسرين رعاية مدربين للعمل في المنازل وأخصائيين نفسيين اجتماعيين في المجتمع، وذلك لتقديم الدعم الإضافي للمرضى وأفراد الأسرة والمساعدة في توفير رعاية معتمدة على المنزل عند الحاجة (على شاكلة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية).

الدعم الروحي والديني: يجب أن يعتمد الدعم بالكامل على طلبات المريض أو الأسرة. اعمل مع قادة الإيمان المحليين لتحديد مقدمي الرعاية الروحية والذين يتشاركون الإيمان أو المعتقدات مع المريض. وقد يكون مقدمي الخدمة المذكورون بمثابة مورد للمرضى، ومقدمي رعاية وجهات إنسانية.

قدم التوجيه للزعماء الدينيين المحليين حول المبادئ الرئيسية للدعم النفسي الاجتماعي للمرضى الذين يواجهون حالات صحية كبيرة.

انشئ آليات موثوقة للإحالة الثنائية بين نظام الرعاية الصحية والزعماء الروحيين لأي مريض أو قائم بالرعاية أو فرد أسرة يطلبها.

احرص على القيام بممارسات دفن آمنة وكريمة بالتعاون مع المجتمع المحلي، وذلك حسب التوجيه الوطني أو الدولي ⊕ انظر معيار النظم الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية.

الملحق 1
قائمة تحقق تقدير الصحة

الإعداد

- الحصول على المعلومات المتوفرة عن الأشخاص المتضررين من الأزمة.
- الحصول على الخرائط والصور الجوية وصورة الأقمار الصناعية وبيانات المعلومات الجغرافية المتوفرة للمنطقة المتضررة.
- الحصول على بيانات ديموغرافية وإدارية وصحية.

الأمن وإمكانية الوصول

- تحديد وجود مخاطر مستمرة سواء طبيعية أو من صنع الإنسان.
- تحديد الوضع الأمني العام، بما يشمل وجود قوات مسلحة.
- تحديد إمكانية الوصول التي تتمتع بها المنظمات الإنسانية للسكان المتضررين من الأزمة.

التركيبة السكانية والبنية الاجتماعية

- حدد حجم الأشخاص المتضررين من الأزمة وصنفهم حسب الجنس والعمر والإعاقة.
- حدد الفئات التي تواجه خطر متزايد، مثل النساء والأطفال وكبار السن وذوي الإعاقة والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو الفئات المهمشة.
- حدد متوسط حجم الأسرة وقدر عدد الأسر التي تقوم عليها أنثى أو طفل.
- حدد البنية الاجتماعية القائمة والأعراف الجنسانية، بما في ذلك مناصب السلطة أو النفوذ أو كليهما في المجتمع والأسرة.

المعلومات الصحية الأساسية

- حدد المشكلات الصحية التي كانت موجودة في المنطقة المتضررة بالأزمة قبل حدوث الحالة الطارئة.
- حدد المشكلات الصحية الموجودة سلفًا في البلد الأصلي للاجئين، أو المنطقة الأصلية للمشردين داخليًا.
- حدد المخاطر الحالية على الصحة، مثل الأمراض الوبائية المحتملة.
- حدد العوائق الموجودة مسبقًا والموجودة حاليًا التي تواجه الرعاية الصحية والمعايير والمعتقدات الاجتماعية، بما يشمل الممارسات الإيجابية والضارة.
- حدد المصادر السابقة للرعاية الصحية.
- حلل مختلف أوجه النظام الصحي وأدائها ⊕ انظر معايير النظم الصحية 1.1 إلى 5.1.

معدلات الوفيات

- احسب معدل الوفيات الخام.
- احسب معدلات وفيات مخصصة حسب العمر (مثل معدل الوفيات تحت سن الخامسة)
- احسب معدلات وفيات مخصصة حسب السبب.
- احسب معدل الوفيات التناسبي.

معدلات الاعتلال

- حدد معدلات الإصابة بالحالات الصحية الأساسية والتي لها أهمية على نطاق الصحة العامة.
- حدد معدلات الإصابة حسب تخصيصها بالعمر والجنس وذلك للحالات الصحية حيثما أمكن.

الموارد المتاحة

- حدد قدرة وزارة الصحة في البلد المتضرر بالأزمة.
- حدد حالة مرافق الصحة الوطنية، بما في ذلك العدد الإجمالي لأنواع الرعاية التي يتم تقديمها ومعدل تلف البنية التحتية وإمكانية الوصول.
- حدد المهارات المتوفرة بين موظفي الرعاية الصحية وعددهم.
- حدد ميزانيات الصحة المتاحة وآليات التمويل.
- حدد القدرة والحالة التشغيلية لبرامج الصحة العاملة الحالية، بما في ذلك برنامج التحصين الموسع.
- حدد توفر البروتوكولات الموحدة والأدوية الأساسية والأجهزة والمعدات الطبية ونظام اللوجستيات.
- حدد حالة نظم الإحالة الموجودة.
- حدد مستويات معايير الوقاية من العدوى ومكافحتها في مرافق الصحة.
- حدد حالة نظم المعلومات الصحية القائمة.

البيانات من القطاعات الأخرى المعنية

- الحالة التغذوية.
- الظروف البيئية وظروف المياه والإصحاح والنظافة.
- سلة الغذاء والأمن الغذائي.
- المأوى – جودة المأوى.
- التثقيف – التثقيف الصحي والنظافة.

الملحق 2
نماذج تقرير المراقبة الأسبوعية للعينة

1.2 نموذج مراقبة الوفيات (تجميعي)*

الموقع: ....

التاريخ من الإثنين: ....إلى الأحد: ....

مجموع السكان في بداية هذا الأسبوع: ....

الولادات هذا الأسبوع: ....الوفيات هذا الأسبوع: ....

الوافدون هذا الأسبوع (إن وجد): ....المغادرون هذا الأسبوع:...

مجموع السكان عند نهاية هذا الأسبوع: ....مجموع السكان دون سن 5 سنوات: ....

	<5 سنوات		>=5 سنوات		الإجمالي
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
السبب المباشر					
عدوى تنفسية حادة في الجهاز التنفسي السفلي					
الكوليرا (اشتباه)					
الإسهال – دموي					
الإسهال – مائي					
الإصابة – غير عرضية					
الملاريا					
وفاة الأم – مباشرة					
الحصبة					
التهاب السحايا (اشتباه)					
وفيات حديثي الولادة (0-28 يومًا)					
غير ذلك					
غير معروف					
المجموع حسب العمر والجنس					
السبب الكامن					
فيروس نقص المناعة البشرية (اشتباه)					
سوء التغذية					
وفاة الأم – غير مباشرة					
الأمراض غير المُعدية (تُحدد)					
غير ذلك					
المجموع حسب العمر والجنس					

* يُستخدم هذا النموذج في حالة وقوع العديد من الوفيات ومن ثم لا يمكن جمع معلومات أكثر تفصيلًا عن وفيات الأشخاص بسبب ضيق الوقت.

– يمكن إضافة أسباب أخرى للوفاة حسب السياق والنمط الوبائي.

– يمكن تصنيف العمر أبعد من ذلك إن أمكن، على سبيل المثال 0-11 شهرًا و1-4 سنوات و5-14 سنة و15-49 سنة و50-59 سنة و60-69 سنة و70-79 سنة وما فوق 80 سنة.

– يجب ألا يتم الإبلاغ عن الوفيات فقط من المرافق الصحية، ولكن ينبغي إدراج تقارير من الموقع ومن القادة الدينيين والعاملين المجتمعيين والجماعات النسائية ومستشفيات الإحالة.

– يجب وضع تعريفات الحالة على خلفية هذا النموذج، ما أمكن.

2.2 نموذج مراقبة الوفيات (التقارير الفردية) *

الموقع: ....

التاريخ من الإثنين: .... إلى الأحد: ....

مجموع السكان في بداية هذا الأسبوع: ....

الولادات هذا الأسبوع: .... الوفيات هذا الأسبوع: ....

الوافدون هذا الأسبوع (إن وجد): .... المغادرون هذا الأسبوع: ....

مجموع السكان عند نهاية هذا الأسبوع: .... مجموع السكان دون سن 5 سنوات: ....

			السبب المباشر للوفاة													الأسباب الكامنة						
العدد	الجنس (ذكر أو أنثى)	العمر (بالأيام والشهور والسنوات)	عدوى تنفسية حادة في الجهاز التنفسي السفلي	الكوليرا (اشتباه)	الإسهال - دموي	الإسهال - مائي	الإصابة - غير عرضية	الملاريا	وفاة الأم - مباشرة	الحصبة	التهاب السحايا (اشتباه)	حديثي الولادة (0-28 يومًا)	مرض غير مُعد (يُحدد)	غير ذلك (يحدد)	غير معروف	فيروس نقص المناعة البشرية (اشتباه)	سوء التغذية	وفاة الأم (غير مباشرة)	غير ذلك (يحدد)	التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)	الموضع في الموقع (رقم المجمع على سبيل المثال)	الوفاة من المستشفى أو في المنزل
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

* يُستخدم هذا النموذج في حالة توفر وقت كافٍ لتسجيل البيانات لكل حالة وفاة مفردة؛ يسمح النموذج القيام بالتحليل حسب العمر والموقع ومعدلات الاستفادة من المرفق.

– تواتر الإبلاغ (هل يتم يوميًا أم أسبوعيًا) استنادًا على عدد الوفيات.

– يمكن إضافة أسباب أخرى للوفاة حسب اقتضاء الوضع.

– يجب ألا يتم الإبلاغ عن الوفيات فقط من المرافق الصحية بالموقع، ولكن ينبغي إدراج تقارير من الموقع ومن القادة الدينيين والعاملين المجتمعيين والجماعات النسائية ومستشفيات الإحالة.

– يجب وضع تعريفات الحالة على خلفية هذا النموذج، ما أمكن.

– يمكن تصنيف العمر أبعد من ذلك إن أمكن، على سبيل المثال 0-11 شهرًا و1-4 سنوات و5-14 و15-49 و0-59 و>60 سنة.

3.2 نموذج عينة للإبلاغ عن الإنذار المبكر والاستجابة*

يُستخدم هذا النموذج في المرحلة الحادة من الأزمة عندما ترتفع مخاطر أحداث الصحة العامة، مثل الصدمات ، أو التسمم ، أو تفشي الأمراض المعرضة للتحول لوباء.

التاريخ من الإثنين: .... إلى الأحد: ....

البلدة/القرية/المستوطنة/المخيم : ....

المقاطعة: .... المنطقة: ....

المنطقة الفرعية: .... اسم الموقع: ....

• مريض داخلي • مريض خارجي • مركز صحي • عيادة متنقلة

وكالة (وكالات) الدعم : ....

موظف الإبلاغ ورقم الاتصال: ....

مجموع السكان: .... مجموع السكان دون سن 5 سنوات: .....

أ. البيانات المجمعة أسبوعيًا

حالات جديدة من:	الاعتلال		الاعتلال		الإجمالي
	5> سنوات	5 خمس سنوات فما فوق	5> سنوات	5 خمس سنوات فما فوق	
مجموع الداخلين					
مجموع الوفيات					
عدوى تنفسية حادة					
إسهال مائي حاد					
إسهال دموي حاد					
الملاريا – مشتبه به/مؤكد					
الحصبة					
التهاب السحايا -اشتباه					
متلازمة الحمى النزفية الحادة					
متلازمة اليرقان الحاد					
الشلل الرخو الحاد					
الكزاز					
حمى أخرى > 38.5 درجة مئوية					
الصدمة					
أخرى					
الإجمالي					

– قد يوجد أكثر من تشخيص؛ ويُسجل أكثرهم أهمية. يجب القيام بعد كل حالة مرة واحدة فقط.
– ادرج فقط تلك الحالات التي تم كشفها (أو الوفيات التي حدثت) خلال أسبوع المراقبة.
– اكتب «0» (صفر) في حالة عدم وجود أي حالات وفيات خلال الأسبوع والتي تنتج عن أحد الأعراض المذكورة في النموذج.
– يجب الإبلاغ عن الوفيات في قسم الوفيات فقط وليس في قسم الاعتلال.
– يجب كتابة تعريفات الحالة لكل حالة تحت المراقبة في الجزء الخلفي من هذا النموذج.
– يمكن إضافة أسباب الاعتلال وحذفها حسب دراسة الوباء وتقدير مخاطر المرض.
– الغاية من مراقبة الإنذار المبكر والاستجابة هو الكشف المبكر عن أحداث الصحة العامة التي تحتاج إلى استجابة فورية.
– يجب الحصول على بيانات حالات مثل سوء التغذية من خلال المسح الاستقصائي (التفشي)، بدلًا من المراقبة (الإصابة).

ب. التنبيه بالتفشي

في أي وقت تشتبه في أي من تلك الأمراض التالية، يرجى إرسال رسالة نصية أو مخابرة الهاتف .... أو إرسال بريد إلكتروني إلى .... مع أقصى معلومات حول الوقت والمكان وعدد الحالات والوفيات: الكوليرا وداء الشيغلات والحصبة وشلل الأطفال والتيفود والكزاز والفيروس الكبدي الوبائي (أي) أو (إي) وحمى الضنك والتهاب السحايا والخناق والسعال الديكي والحمى النزفية والصدمات والتسمم الكيميائي.

تختلف هذه القائمة استنادًا على الدراسة الوبائية للأمراض في البلد.

4.2 نموذج عينة للمراقبة الروتينية لنظم إدارة المعلومات الصحية

الموقع: ....

التاريخ من الإثنين: .... إلى الأحد: ....

مجموع السكان في بداية هذا الأسبوع/الشهر: ....

الولادات هذا الأسبوع/الشهر: .... الوفيات هذا الأسبوع/الشهر: ....

الوافدون هذا الأسبوع/الشهر (إن وجد): ....

المغادرون هذا الأسبوع/الشهر: ....

مجموع السكان عند نهاية هذا الأسبوع/الشهر: ....

مجموع السكان دون سن 5 سنوات: ....

الاعتلال	أقل من 5 سنوات (حالات جديدة)		5 خمس سنوات فما فوق (حالات جديدة)		الإجمالي		تكرار الحالات	
التشخيص	ذكر	أنثى	الإجمالي	ذكر	أنثى	الإجمالي	حالات جديدة	الإجمالي
عدوى تنفسية حادة								
إسهال مائي حاد								
إسهال دموي حاد								
الملاريا – مشتبه به/مؤكد								
الحصبة								
التهاب السحايا -اشتباه								
متلازمة الحمى النزفية الحادة								
متلازمة اليرقان الحاد								
الشلل الرخو الحاد								
الكزاز								
حمى أخرى > 38.5 درجة مئوية								
فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز								
أمراض العين								
أمراض الجلد								
سوء التغذية الحاد								
عدوى منقولة جنسيًا								
مرض القرحة التناسلية								
التصريف الإحليلي للذكور								
تصريف مهبلي								
مرض التهاب الحوض								
التهاب الملتحمة وليدي								
زهري خلقي								
الأمراض غير المُعدية								
ارتفاع ضغط الدم								
مرض إفقار القلب								
السكري								

الاعتلال	أقل من 5 سنوات (حالات جديدة)		5 خمس سنوات فما فوق (حالات جديدة)		الإجمالي		تكرار الحالات	
التشخيص	ذكر	أنثى	الإجمالي	ذكر	أنثى	الإجمالي	حالات جديدة	الإجمالي
الربو								
مرض الانسداد الرئوي المزمن								
الصرع								
مرض غير معد مزمن آخر								
الصحة العقلية								
اضطراب تعاطي الكحول أو غيرها من المواد								
الإعاقة الفكرية واضطرابات النمو								
اضطراب ذهاني (تشمل الاضطراب ثنائي القطب)								
الخرف أو الهذيان								
اضطراب عاطفي معتدل – حاد/اكتئاب								
شكوى جسدية غير مبررة طبيًا								
إيذاء الذات (بما في ذلك محاولة انتحار)								
شكوى نفسية أخرى								
الإصابات								
إصابة الرأس/إصابة العمود الفقري								
إصابة الجذع الرئيسي								
إصابة رئيسية كبيرة								
إصابة معتدلة								
إصابة طفيفة								
الإجمالي								

يمكن تصنيف العمر أبعد من ذلك إن أمكن، على سبيل المثال 0-11 شهرًا و1-4 سنوات و5-14 و15-49 و0-59 و>60 سنة

الملحق 3

صيغ حسابات المؤشرات الصحية الأساسية

معدل الوفيات الخام (CMR)

التعريف: معدل الوفيات في مجموع السكان، بما في ذلك الرجال والنساء وجميع الأعمار.
الصيغة:

(مجموع الوفيات خلال فترة زمنية) / (فترة المنتصف للسكان المعرضين للخطر × عدد الأيام في الفترة الزمنية) x 10,000 شخص = وفاة/10,000 شخص/ يوم

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

التعريف: معدل الوفيات بين الأطفال دون سن الخمس سنوات في السكان.
الصيغة:

(مجموع الوفيات في الأطفال < 5 سنوات خلال فترة زمنية) / (إجمالي عدد الأطفال < 5 سنوات × عدد أيام الفترة الزمنية) x 10,000 شخص = وفاة/10,000 طفل دون الخامسة/يوم

معدل الإصابة

التعريف: عدد حالات المرض الجديدة التي تحدث خلال فترة زمنية محددة في سكان معرضون للإصابة بالمرض.
الصيغة:

(عدد الحالات الجديدة بسبب المرض المحدد في فترة زمنية) / (السكان المعرضون للإصابة بالمرض × عدد الشهور في الفترة الزمنية) x 1,000 شخص = عدد الحالات الجديدة بسبب المرض المحدد/1,000 شخص/شهر

معدل وفيات الحالات (CFR)

التعريف: عدد الأفراد الذين يتوفون بهذا المرض مقسومًا على عدد المصابين بالمرض.
الصيغة:

$$\frac{\text{عدد الأفراد الذين يتوفون بسبب المرض خلال الفترة الزمنية}}{\text{الأفراد المصابين بالمرض خلال الفترة الزمنية}} \times 100 = x\%$$

معدل الاستفادة من المرفق الصحي

التعريف: عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية لكل شخص في السنة. حيثما أمكن، ميز بين الزيارات **الجديدة** والقديمة. ويجب استخدام الزيارات الجديدة لحساب هذا المعدل. وبالرغم من ذلك، غالبًا ما يكون من الصعب التفريق بين الزيارات الجديدة والقديمة، ومن ثم فكثيرًا ما يتم جمعهم باعتبارهم مجموعة الزيارات خلال الأزمة.
الصيغة:

$$\frac{\text{إجمالي عدد الزيارات في أسبوع واحد}}{\text{مجموع السكان}} \times 52\ \text{أسبوع} = \text{زيارة/شخص/سنة}$$

عدد الاستشارات لكل طبيب في اليوم الواحد

التعريف: متوسط إجمالي عدد الاستشارات (للحالات الجديدة والمتكررة) التي رآها كل طبيب في اليوم.
الصيغة:

$$\frac{\text{إجمالي عدد الاستشارات في أسبوع واحد}}{\text{عدد مكافئ الدوام الكامل*الموظفين السريريين في المرفق الصحي}} \div \text{عدد أيام فتح المرفق الصحي في الأسبوع}$$

*مكافئ الدوام الكامل يشير إلى العدد المكافئ للموظفين السريريين العاملين في مرفق صحي. على سبيل المثال، إذا كان هناك ستة موظفين سريريين عاملين في قسم العيادات الخارجية ولكن اثنين منهم يعملون بنصف دوام، فيكون عدد مكافئ الدوام الكامل للموظفين السريريين = 4 موظفين بدوام كامل + 2 موظفين بدوام جزئي = مكافئ 5 موظفين سريريين بدوام كامل.

الملحق 4

التسمم

يمكن أن يحدث التسمم عندما يتعرض الناس إلى مواد كيميائية سامة من خلال الفم أو الأنف أو الجلد أو العينين أو الأذنين أو من خلال الابتلاع. ويُعد الأطفال عرضة أكبر للخطر بسبب سرعة تنفسهم، وامتلاكهم لمساحة سطحية كبيرة بالمقارنة بكتلة الجسم، وامتلاكهم جلد أكثر نفاذًا واقترابهم من الأرض. وقد يؤثر التعرض للسموم على نمو الطفل، ويشمل ذلك التسبب في تأخير النمو وضعف التغذية وقد يؤدي إلى الاعتلال أو الوفاة.

الإدارة الأولية

عند العرض على المرفق الصحي، وفي حالة كان من المعروف ما تعرض له المريض، أو كان مصابًا بعلامات وأعراض التعرض للمواد الكيميائية:

- اتخذ الاحتياطات اللازمة لموظفي الرعاية الصحية، بما يشمل ارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة.
- فرز المرضى؛
- إجراء عمليات تدخل لإنقاذ الحياة؛
- إزالة التلوث (إزالة ملابس المريض أو شطف المناطق المتأثرة بالماء والصابون على سبيل المثال) ويفضل أن يتم خارج المرفق الصحي لمنع المزيد من حالات التعرض؛
- ثم اتبع بروتوكولات العلاج التالية، بما يشمل العلاج الداعم.

بروتوكولات العلاج

قد تختلف حسب البلد. وبوجه عام، ويتم توفير مضاد السموم والعلاج الداعم (مثل التنفس)، عند الحاجة.

يعرض الجدول أدناه أعراض التعرض للمواد الكيميائية وأنواع الترياق الشائعة التي يتم إعطاؤها.

أعراض التعرض للمواد الكيميائية السامة والعلاج المحتمل

فئة المادة الكيميائية السامة	السمات المشتركة للتعرض	مضادات السموم (سوف تختلف المبادئ التوجيهية حسب البلد)
العوامل السامة للأعصاب مثل السارين أو التابون أو غاز الأعصاب.	ضيق بؤبؤ العين؛ وعدم وضوح الرؤية؛ والصداع؛ وزيادة الإفرازات؛ وضيق الصدر وصعوبة التنفس؛ والغثيان؛ والقيء؛ والإسهال؛ وارتعاش العضلات؛ والنوبات؛ وفقدان الوعي.	الأتروبين أوكسيميس (البراليدوكسيم وأوبيدوكسيمي) البنزوديازيبينات (للنوبات)
العناصر الكاوية مثل غاز الخردل.	الدموع؛ وتهيج العين؛ والتهاب الملتحمة؛ وتلف القرنية؛ واحمرار الجلد وتقرحه مع ألم؛ وضيق في التنفس.	العلاج الداعم +/- ثيوسولفاتي الصوديوم على سبيل المثال، إرواء العين والمضادات الحيوية الموضعية وغسل الجلد وموسعات القصبة الهوائية، استخدم ثيوسولفاتي الصوديوم في الحالات الحادة
السيانيد	اللهث بحثًا عن الهواء؛ والاختناق؛ والنوبات؛ والتشوش؛ والغثيان.	نتريت الأميل (إسعاف أولي) ثيوكبريتات الصوديوم ونيتريت الصوديوم أو مع رباعي ديموثيلامين البيريدين أو هيدروكسوبالامين أو إيديتات الديكوبالت
العوامل الكيميائية التعجيزية مثل عامل BZ.	جفاف الفم والجلد؛ وعدم انتظام ضربات القلب؛ وتشوش الوعي؛ والأوهام؛ والهلوسة؛ وارتفاع درجة الحرارة؛ وعدم التناسق؛ واتساع بؤبؤ العين.	فيسوستيغمين
الغاز المسيل للدموع والمواد الكيميائية لمكافحة الشغب.	الإحساس باللسع والاحتراق في الأغشية المخاطية؛ سيلان الدموع؛ وسيلان اللعاب؛ وسيلان الأنف؛ وضيق الصدر؛ والصداع؛ والغثيان.	معالجة داعمة الأساسية
الكلور	احمرار العين وسيلان الدموع؛ تهيج الأنف والحلق؛ السعال؛ الاختناق أو الإحساس بالخنق؛ ضيق التنفس؛ الأزيز عند التنفس؛ الصوت الأجش؛ والوذمة الرئوية.	إن أسيتيل سيستئين
الثاليوم	ألم في البطن؛ والغثيان؛ والقيء؛ والإسهال؛ والإمساك؛ والنوبات؛ والهذيان؛ والاكتئاب؛ وسقوط شعر فروة الرأس والجلد؛ واعتلال عصبي محيطي مؤلم؛ وضعف حركة الجانب الأقصى من الجسم؛ والترنح؛ والعجز العصبي.	زرقة بروسيا
الرصاص	فقدان الشهية؛ القيء؛ الإمساك؛ ألم في البطن؛ شحوب؛ عدم انتباه؛ ضعف؛ شلل محيطي.	الاستخلاب
الفوسفات العضوي (تشمل بعض المبيدات الحشرية وغاز الأعصاب)	كثرة اللعاب؛ وسيلان الدموع؛ والتبول؛ والتغوط؛ وتشنجات في المعدة؛ والقيء.	الأتروبين أوكسيميس (البراليدوكسيم وأوبيدوكسيمي)

تم التعديل من دليل الصحة البيئية في الحالات الطارئة التابع لمنظمة الصحة العالمية.

المراجع ومزيد من المطالعات

حقوق الإنسان والصحة

The Right to Health: *Fact Sheet No*.٣١. OHCHR and WHO, 2008.
http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

التنسيق المدني العسكري

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011.
www.who.int/entity/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/ghc_position_paper_civil_military_coord_2_feb2011.pdf?ua=1

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014.
http://www.unocha.org/sites/dms/Documents/UN%20OCHA%20Guide%20for%20the%20Military%20v%201.0.pdf

الحماية والقانون الإنساني الدولي

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015.
https://www.icrc.org/en/document/common-ethical-principles-health-care-conflict-and-other-emergencies

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012.
www.icrc.org/en/publication/4104-health-care-danger-responsibilities-health-care-personnel-working-armed-conflicts

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012.
https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action.

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013.
www.icrc.org/en/publication/4173-ambulance-and-pre-hospital-services-risk-situations

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015.
www.icrc.org/en/publication/4239-ensuring-preparedness-and-security-health-care-facilities-armed-conflict-and-other

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org/mrm/1095_1119.htm

Guidance *Note on Disability and Emergency Risk Management for Health.* World Health Organization, 2013. http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/disability/en/

التنسيق

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009.
http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015.
www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters

الصحة في حالات الطوارئ

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacu086.pdf

Blanchet, K et al. *Evidence on public health interventions in humanitarian crises.* The Lancet, 2017:
http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30768-1/abstract

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997.
http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/refugee_health/rh.pdf

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* The Lancet, 2010.
http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61873-0/abstract

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011.
http://www.unhcr.org/protection/health/4e26c9c69/ensuring-access-health-care-operational-guidance-refugee-protection-solutions.html

Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013.
http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/foreign-medical-teams/en/

المبادئ التوجيهية السريرية

Clinical Guidelines – Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016.
http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf

النظم الصحية

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone.* Journal of Public Health, 2015. https://academic.oup.com/jpubhealth/article/38/4/673/2966926

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22.* CDC, 2016.
https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/3/15-0977_article

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012.
www.hfgproject.org/health-system-assessment-approach-manual-version-2-0/

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016.
http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/recovery-toolkit/en/

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016.
http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/toolkit-for-assessing-health-system-capacity-to-manage-large-influxes-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-2016

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009.
http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007.
http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/

السلامة

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017.
http://www.who.int/patientsafety/publications/patient-safety-making-health-care-safer/en/

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015.
http://www.who.int/hac/techguidance/comprehensive_safe_hospital_framework.pdf

الوقاية من العدوى ومكافحتها

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. https://www.cdc.gov/hai/prevent/ppe.html

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017.
https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. ICRC, IFRC, 2016.
www.icrc.org/en/publication/0880-management-dead-bodies-after-disasters-field-manual-first-responders

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009.
http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/WATER%20HYGIEN%20AND%20SANITATION/Essential%20Water%20-%20Sanitation%20Requirements%20for%20Health%20Structures_OCB_EN_2009.pdf/Essential%20Water%20-%20Sanitation%20Requirements%20for%20Health%20Structures_OCB_EN_2009.pdf

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. http://www.who.int/gpsc/ipc-components/en/

Essential environmental health standards in health care. WHO,2008. http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip51e/

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en/

القوى العاملة في الرعاية الصحية

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010. http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. http://www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics/en/

Working together for health. World Health Report 2006. WHO 2006. http://www.who.int/whr/2006/en/

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. *http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/*

الأدوية

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. https://www.unfpa.org/resources/emergency-reproductive-health-kits

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. http://www.who.int/emergencies/kits/iehk/en/

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. http://www.who.int/cholera/kit/en/

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. http://www.who.int/emergencies/kits/ncdk/en/

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.

Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010.
http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/

Model Formulary for children. WHO, 2010. http://apps.who.int/iris/handle/10665/44309

الأجهزة الطبية بما في ذلك الأجهزة المساعدة

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016.
http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en/

Core Medical Equipment. WHO, 2011.
http://www.who.int/medical_devices/innovation/core_equipment/en/index2.html

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017.
http://www.who.int/medical_devices/publications/global_atlas_meddev2017/en/

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011.
http://www.who.int/medical_devices/publications/med_dev_package/en/

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO
http://www.who.int/entity/medical_devices/management_use/Decommissioning_Page.pdf?

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008.
http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/

الأدوية الخاضعة للرقابة

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014.
www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/Availability.pdf

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011.
http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012.
http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_PainGLs_EN_Apr2012.pdf

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010.
http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/Supplement-AR15_availability_English.pdf

مشتقات الدم

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js23322en/

Blood safety and availability. WHO, 2017. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. http://www.who.int/bloodsafety/universalbts/en/

تمويل الصحة

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011.
http://www.who.int/entity/health-cluster/resources/publications/EN-final-position-paper-on-user-fees.pdf?ua=1

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org/research/evalreports/568bce619/cash-based-interventions-health-programmes-refugee-settings-review.html

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org/protection/operations/598c0eda7/cash-health-key-learnings-cash-health-intervention-jordan.html

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?sequence=1

المعلومات الصحية

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017.
www.humanitarianresponse.info/en/operations/whole-of-syria/document/standards-public-health-information-services-activated-health

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 https://interagencystandingcommittee.org/information-management/documents-public/common-operational-datasets

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/

تقييمات الاحتياجات الصحية وتحديد أولويات خدمات الرعاية الصحية

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. http://evaluation.msf.org/evaluation-report/assessment-toolkit-part-i-practical-steps-for-the-assessment-of-health-and

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012.
http://www.who.int/csr/resources/publications/HSE_GAR_ARO_2012_1/en/

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015.
http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2017. http://apps.who.int/gho/data/view.main.CBDR2040?lang=en

الوقاية من الأمراض المعدية

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016.
http://thementorinitiative.org/wp-content/uploads/2016/11/IVM-Toolkit_English_17Nov_2016.pdf

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017.
http://www.who.int/immunization/documents/who_ivb_17.03/en/

الأمراض المعدية (أمراض محددة)

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia*. Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24080739

Management of a measles epidemic. MSF, 2014.
http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/measles/measles_en.pdf

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014.
http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/guidelines2014/en/

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/handle/10665/154595

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44796/9789241503082_eng.pdf?sequence=1

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue_9789241547871/en/

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017.
http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Guidance-cholera-surveillance.pdf

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005.
http://www.who.int/cholera/publications/shigellosis/en/

كشف حالات التفشي والاستجابة المبكرة

Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO.
http://www.who.int/wer/2018/wer9320/en/

Weekly Epidemiological Record. WHO. http://www.who.int/wer/2018/en/

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012.
http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/who_hse_epr_dce_2012.1/en/

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014.
http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4/en/

التأهب والاستجابة للتفشي

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011.
http://www.unhcr.org/protection/health/4f707f509/epidemic-preparednes-response-refugee-camp-settings-guidance-public-health.html

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008.
http://www.who.int/ihr/publications/outbreak-communication-guide/en/

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005.
http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/9241546166/en/

صحة الأطفال وحديثي الولادة

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016.
http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Newborn-Health-in-Humanitarian-Settings-Field-Guide-Interim-Version-1.pdf

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017.
https://www.rescue.org/report/integrated-community-case-management-acute-and-protracted-emergencies-case-study-south-sudan

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org/health/files/WHO-UNICEF_iCCM_Overview_and_Update_(FINAL).pdf

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016.
http://www.who.int/nutrition/publications/hivaids/guideline_hiv_infantfeeding_2016/en/

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016.
http://www.who.int/wer/2016/wer9112/en/

الصحة الجنسية والإنجابية

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual/en/

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011.
http://iawg.net/minimum-initial-service-package/

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009.
http://iawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings/

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011.
http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/07/interagency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations-english.pdf

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015.

http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/en/

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en

العنف الجنسي والتدبير السريري لحالات الاغتصاب

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015.
https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/10/2015_IASC_Gender-based_Violence_Guidelines_full-res.pdf

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014.
http://iawg.net/wp-content/uploads/2015/04/facguide.pdf

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012.
https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. http://apps.who.int/iris/handle/10665/44190

فيروس نقص المناعة البشرية

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. http://iawg.net/resource/inter-agency-task-team-iatt-prevention-mother-child-transmission-hiv-pmtct-humanitarian-settings-guidelines-2015/

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. http://www.unfpa.org/resources/hiv-prevention-emergencies

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. http://www.unhcr.org/541fe8a19.pdf

Consolidated Guidelines on the Use or ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach – Second edition. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013upplement_dec2014/en/

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int/aiecf/web79.pdf

رعاية الصدمات والإصابات

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. https://resourcecentre.savethechildren.net/library/child-protection-humanitarian-action-review-dangers-and-injuries

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011.
http://cdphready.org/recommended-disaster-core-competencies/

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015.
https://cprguidelines.eu/

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010.
https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. https://shop.icrc.org/icrc/pdf/view/id/2480

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017.
http://ifrc-ecbhfa.org/framework/

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016.
www.ifrc.org/Global/Publications/Health/First-Aid-2016-Guidelines_EN.pdf

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan*. Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18557294

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44061/1/9789241597746_eng.pdf

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters. WHO, 2013.
http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016.
https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/Minimum%20Data%20Set.pdf

Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252809/1/9789241511728-eng.pdf?ua=1

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016.
http://www.who.int/emergencycare/publications/trauma-care-checklist.pdf

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC.
http://www.who.int/emergencycare/en/

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017.
https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/triage_2017_meeting_report-b.pdf

الصحة العقلية

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-andpsychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_with_index.pdf

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://reliefweb.int/report/world/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/content/inter-agency-referral-guidance

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, and War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. http://www.who.int/mental_health/emergencies/building_back_better/en/

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015.
http://www.unhcr.org/protection/health/5551b3fb4/clinical-management-mental-neurological-substance-use-conditions-humanitarian.html

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012.
http://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencies/en/

الأمراض غير المعدية

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013.
http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies.* The Lancet, 2016.
http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31404-0/abstract

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises.* PLOS Medicine, 2016.
http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002180

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016.
http://www.who.int/ncds/un-task-force/ncds-governingbodypolicies-7march2017.pdf

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. http://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011.
http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/factsheets/en/

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245604

الرعاية التلطيفية

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012.
https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, 2007.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. https://hospicecare.com/uploads/2011/8/iahpc-essential-meds-en.pdf

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources.* Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19635004

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua*. Global public health, NCBI, 2016.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27545146

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer*. The Lancet, 2017.
http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30978-9/abstract

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015.
http://pscentre.org/wp-content/uploads/Caring-for-volunteers-a-training-manual.pdf

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings.* War Trauma Foundation, 2013.
https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/The_ADAPT_model___a_conceptual_framework_for.2.pdf

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007.
http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015.
http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016.
http://apps.who.int/iris/handle/10665/250580

التسمم

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015.
http://www.who.int/environmental_health_emergencies/deliberate_events/interim_guidance_en.pdf?ua=1

المزيد من المطالعة

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

أ الملاحق

المحتويات

الملحق 1
الأساس القانوني لاسفير

الموارد على شبكة الإنترنت: أطر السياسة الإنسانية وتوجيهاتها ومبادئها بشأن حقوق الإنسان والحماية والقابلية للتضرر في التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها:
https://www.spherestandards.org/ar/handbook/online-resources

ينص الميثاق الإنساني على معتقدات مشتركة ومبادئ شائعة فيما يتعلق بالعمل الإنساني والمسؤوليات في حالات الكوارث أو النزاعات، ويرصد إبرازها في القانون الدولي. فيما يلي قائمة مشروحة بالوثائق الرئيسية بما في ذلك النصوص القانونية الإنسانية الأكثر اهتمامًا بما يتعلق بالقانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين والعمل الإنساني. ولا يهدف إلى تقديم قانون إقليمي أو تحسينات. يتوفر على موقع اسفير المزيد من المصادر وروابط الويب لعدد من التوجيهات والمبادئ والمعايير والأطر التي تدعم التنفيذ وذلك على الرابط، www.spherestandards.org/ar. لا ترد الملاحظات إلا في حالة الوثائق التي تحتاج إلى شرح أو ذات الإصدارات الأحدث أو التي تحتوي على أقسام مخصصة تتعلق بالكوارث أو النزاعات.

يبرز دليل اسفير شواغل محددة تمثل جزءً من الإطار القانوني الدولي. وبصفة عامة، يشمل هذا الحق في السلامة الشخصية والكرامة؛ والتحرر من التمييز؛ والحق في المياه والإصحاح والمأوى والأمن الغذائي والتغذية والرعاية الصحية. في حين تم النص بوضوح على بعض هذه الحقوق في عهود دولية خاصة، إلا أن جميعها مشمول في أحد صكوك حقوق الإنسان العامة سواء الحقوق المدنية أو السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو الثقافية.

يشتمل هذا الملحق على وثائق منظمة موضوعيًا في أربع فئات:

1. **حقوق الإنسان والحماية وقابلية التضرر**
2. **النزاعات المسلحة والمساعدة الإنسانية**
3. **اللاجئون والنازحون داخليًا**
4. **الكوارث والمساعدة الإنسانية**
5. **أطر السياسة الإنسانية، والمبادئ التوجيهية والمبادئ المتعلقة بحقوق الإنسان، والحماية والقابلية للتأثر في التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ**
   www.spherestandards.org/handbook/online-resources

لضمان الوضوح بشأن حالة كل وثيقة ضمن هذه الفئات، فقد جرى تصنيفها كالتالي أ) معاهدات وقوانين عرفية أو ب) مبادئ وتوجيهات من الأمم المتحدة أو غيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا.

1. الصكوك الدولية بشأن حقوق الإنسان والحماية وقابلية التضرر

تتعلق الوثائق التالية في المقام الأول بحقوق الإنسان المنظمة في الإعلانات والمعاهدات العالمية. كما تتضمن عددًا من الوثائق المتعلقة بالعمر (الأطفال وكبار السن) والجنس والإعاقة حيث أن ما سبق يشكل بعض المنطلقات الأكثر انتشارًا لقابلية التضرر في الكوارث أو النزاعات.

1.1 المعاهدات والقوانين العرفية المتعقلة بحقوق الإنسان والحماية وقابلية التضرر

تنطبق قوانين معاهدات حقوق الإنسان على الدول الأطراف في المعاهدة المعنية، إلا أن القانون العرفي (على شاكلة حظر التعذيب) ينطبق على جميع الدول. ينطبق قانون حقوق الإنسان طوال الوقت، مع وجود استثناءين محتملين:

- قد يجري تعليق بعض الحقوق المدنية والسياسية المحدودة خلال إعلان الطوارئ الوطنية، تماشيًا مع المادة 4 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية («استثناء»).
- خلال النزاعات المسلحة المعترف بها، ينطبق القانون الدولي الإنساني إذا ما كان هناك أي تعارض مع قانون حقوق الإنسان.

1.1.1 حقوق الإنسان العالمية

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948, الذي اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة 217 ألف (3)، بتاريخ 10 ديسمبر 1948. www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights/index.html

التعليق: ينص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الذي نشرته الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 1948، لأول مرة على حقوق الإنسان الأساسية التي يتم حمايتها عالميًا. ولا يعد الإعلان معاهدة إلا أن من المتفق عليه عمومًا أنه أصبح جزءً من القانون الدولي العرفي. تقدم الجملة الأولى من الديباجة مفهوم «الكرامة المتأصلة» للبشر كأساس جوهري لحقوق الإنسان، وتنص المادة الأولى «يولد جميع الناس أحراراً ومتساويين في الكرامة والحقوق.

العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1966, الذي أُعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (الحادي والعشرون) بتاريخ 16 ديسمبر 1966، ودخل حيز النفاذ في 23 مارس 1976، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 999، ص 171 والمجلد 1057، ص 407.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx

البروتوكول الاختياري الثاني الملحق بالعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1989 (الذي يهدف إلى إلغاء عقوبة الإعدام)، الذي اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 128/44 بتاريخ 15 ديسمبر 1989، ودخل حيز النفاذ في 11 يوليو 1991، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1642، ص 414. www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/2ndOPCCPR.aspx

التعليق: يجب على الدول الأعضاء في العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية أن تحترم حقوق جميع الأفراد وتضمنها داخل حدودها أو تحت ولايتها، مع الإقرار بحق «الشعوب» في تقرير

المصير والمساواة في الحقوق بين الرجال والنساء. لا يجوز مطلقًا تعليق بعض الحقوق (المميزة بعلامة النجمة *)، حتى في أسوأ حالات الطوارئ الوطنية.

حقوق العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية: الحق في الحياة؛* وعدم التعذيب وغيره من المعاملة القاسية أو غير الإنسانية أو المهينة؛* وحظر العبودية؛* وعدم الاعتقال أو الاحتجاز التعسفي؛ الإنسانية والكرامة في الاحتجاز؛ عدم السجن عند مخالفة العقود؛* الحق في التنقل والإقامة؛ الطرد القانوني فقط للأجانب؛ المساواة أمام القانون، والمحاكمة العادلة وافتراض البراءة في المحاكمات الجنائية؛ عدم المحاكمة بأثر رجعي في الجرائم؛* تساوي الاعتراف أمام القانون؛* الحياة الخاصة؛ حرية الفكر والدين والضمير؛* حرية الرأي والتعبير والتجمع السلمي؛ حرية تكوين الجمعيات؛ الحق في الزواج والحياة الأسرية؛ حماية الأطفال؛ الحق في التصويت والمشاركة في الشؤون العامة؛ حق الأقليات في التمتع بثقافتهم الخاصة ودينهم ولغتهم.*

العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966, الذي اُعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (الحادي والعشرون) بتاريخ 16 ديسمبر 1966، ودخل حيز النفاذ في 3 يناير 1976، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 999، ص 3.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

التعليق: توافق الدول الأطراف على الالتزام بأقصى حد تسمح به مواردها المتاحة على «التحقيق التدريجي» لحقوق العهد، والتي يتمتع بها الرجال والنساء على قدم المساواة.

حقوق العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: العمل؛ والحصول على الأجر العادل؛ والانضمام للنقابات؛ وامتلاك ضمان أو تأمين اجتماعي؛ والحياة الأسرية، بما يشمل حماية الأمهات بعد الولادة وحماية الأطفال من الاستغلال؛ وامتلاك مستوى معيشي لائق، بما في ذلك الغذاء والكساء والسكن؛ والصحة البدنية والعقلية؛ والتعليم؛ والمشاركة في الحياة الثقافية والتمتع بمزايا التقدم العلمي والثقافي.

الاتفاقية الدولية للقضاء على التمييز العنصري بكافة أشكاله لعام 1969، والتي اُعتمدت بقرار الجمعية العاملة للأمم المتحدة 2016 (العشرون) في 21 ديسمبر 1965، ودخلت حيز النفاذ في 4 يناير 1969، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 660، ص 195.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979، والتي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 180/34 في 18 ديسمبر 1979، ودخلت حيز النفاذ في 3 سبتمبر 1981، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1249، ص 13. www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx

اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 25/44 في 20 نوفمبر 1989، ودخلت حيز النفاذ في 2 سبتمبر 1990، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1577، ص 3.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن اشتراك الأطفال في المنازعات المسلحة لعام 2000، الذي اعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 263/A/RES/54 في 25 مايو 2000 ودخل حيز النفاذ في 12 فبراير 2002، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2173، ص 222.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/OPACCRC.aspx

البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن بيع الأطفال واستغلال الأطفال في البغاء وفي المواد الإباحية لعام 2000، الذي اعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 263/A/RES/54 في 25 مايو 2000، ودخل حيز النفاذ في 18 يناير 2002، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2171.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/OPSCCRC.aspx

التعليق: تحظى اتفاقية حقوق الطفل بانضمام معظم الدول تقريبًا. وتعيد النص على حقوق الإنسان الأساسية للأطفال وتكشف متى يحتاجون إلى حماية خاصة (على سبيل المثال، عند انفصالهم عن أسرهم). تتطلب البروتوكولات إجراءات إيجابية فيما يخص مسائل خاصة بحماية الطفل من الدول الأطراف فيها.

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2006، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/ 106/RES/61 في 13 ديسمبر 2006، ودخلت حيز النفاذ في 3 مايو 2008، مجموعة معاهدات الأمم المتحدة، الفصل الرابع، 15.
www.ohchr.org/ar/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx

التعليق: تدعم اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حقوقهم بموجب جميع اتفاقيات حقوق الإنسان الأخرى، وكذلك تتعامل بشكل خاص مع رفع الوعي بشأن ذوي الإعاقة وعدم التمييز وإمكانية الوصول إلى الخدمات والمرافق. وكذلك تحتوي على ذكر خاص «لحالات الأزمات وحالات الطوارئ الإنسانية» (المادة 11).

2.1.1 الإبادة الجماعية والتعذيب وغيرها من الإساءات الجنائية للحقوق

اتفاقية منع جريمة الإبادة الجماعية والمعاقبة عليها لعام 1948، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 260 (الثالث) في 9 ديسمبر 1948، ودخلت حيز النفاذ في 12 يناير 1951، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 78، ص 277.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CrimeOfGenocide.aspx

اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1984، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 46/39 في 10 ديسمبر 1984، ودخلت حيز النفاذ في 26 يونيو 1987، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1465، ص 85.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx

التعليق: تتمتع هذه الاتفاقية بعدد مرتفع جدًا من الدول الأطراف. كذلك يُعتبر حظر التعذيب أمر متواضع عليه كجزء من القانون الدولي العرفي. لا يجوز التذرع بأي نوع من أنواع الطوارئ العامة أو الحرب لتبرير التعذيب. ويجب على الدول ألا تعيد (الإعادة القسرية) أي شخص إلى إقليم يكون للشخص فيه أسباب معقولة للاعتقاد بأنه سيتعرض لخطر التعذيب.

نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998، الذي اعتمده المؤتمر الدبلوماسي في روما في 17 يوليو 1998، ودخل حيز النفاذ في 1 يوليو 2002، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2187، ص 3.
www.un.org/arabic/documents/basic/rome_statute.pdf

التعليق: اعتمدت المحكمة الجنائية الدولية المادة 9 من النظام الأساسي (أركان الجرائم) في 2002، والذي يصف بالتفصيل جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية والإبادة الجماعية، ومن ثم قنن الكثير من القانون الدولي العرفي. يمكن للمحكمة الجنائية الدولية التحقيق في المسائل التي يحيلها إليها مجلس الأمن الدولي ومقاضاة تلك المسائل (حتى إذا كانت دولة المتهم ليست عضوًا في المعاهدة)، وكذلك الجرائم التي يرتكبها مواطنون من الدول الأطراف في المعاهدة أو على أراضيها.

2.1 مبادئ الأمم المتحدة وتوجيهاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا بشأن حقوق الإنسان والحماية وقابلية التضرر

خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة لعام 2002، الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة التابعة للأمم المتحدة، مدريد 2002، ويؤيدها قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 51/37 في 3 ديسمبر 1982.
http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/MIPAA/GuidelineAgeing_ar.pdf

مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن لعام 1991، قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 91/46 في 16 ديسمبر 1991. www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx

2. الصكوك الدولية بشأن النزاعات المسلحة والقانون الإنساني الدولي والمساعدة الإنسانية

1.2 المعاهدات والقوانين العرفية بشأن النزاعات المسلحة والقانون الإنساني الدولي والمساعدة الإنسانية

يحدد القانون الدولي الإنساني عتبات يصبح النزاع بعد تجاوزها «نزاعًا مسلحًا» ومن ثم ينطبق عليه هذا النظام القانوني الخاص. تعد اللجنة الدولية للصليب الأحمر المستودع الرسمي لمعاهدات القانون الدولي الإنساني، وتوفر مصادر ومعلومات مكثفة على موقعها بما يشمل التعليق الرسمي على معاهدات جينيف وبروتوكولاتها، وقواعد دراسة القانون الإنساني الدولي العرفي. www.icrc.org/ar

1.1.2 المعاهدات الأساسية للقانون الدولي الإنساني

اتفاقيات جنيف الأربع لعام 1949

البروتوكول الملحق بمعاهدات جنيف، فيما يتعلق بحماية ضحايا النزاعات المسلحة الدولية لعام 1977 (البروتوكول الأول) www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/5ntccf.htm

البروتوكول الملحق بمعاهدات جنيف، فيما يتعلق بحماية ضحايا النزاعات المسلحة غير الدولية لعام 1977 (البروتوكول الثاني) www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/5ntce2.htm

التعليق: معاهدات جنيف الأربع – التي تعد جميع الدول أطرافًا فيها والمقبولة أيضًا باعتبارها جزءً من القانون العرفي – تتعلق بحماية المصابين والمرضى وعلاجهم في الحرب البرية (أولًا) وفي البحر (ثانيًا) ومعاملة أسرى الحرب (ثالثًا) وحماية المدنيين خلال النزاع المسلح (رابعًا). وتطبق في المقام الأول على النزاعات المسلحة الدولية، باستثناء المادة 3 المشتركة بين المعاهدات والمتعلقة بالنزاعات غير الدولية، كما تم التواضع أيضًا على قبول بعض العناصر الأخرى كجزء من القانون العرفي في النزاعات غير الدولية. حدّث البروتوكولان لعام 1977 الاتفاقيات في ذلك الوقت، لاسيما تعريفات المقاتلين وتقنين النزاعات غير الدولية. لم ينضم عدد من الدول إلى البروتوكولين.

2.1.2 المعاهدات بشأن الأسلحة المحظورة والألغام الأرضية والملكية الثقافية

بالإضافة إلى «قانون جنيف» المذكور أعلاه، توجد أيضًا مجموعة من القوانين التي توصف في الغالب باسم «قوانين لاهاي» بشأن النزاعات المسلحة. ويشمل ذلك اتفاقية بشأن حماية الممتلكات الثقافية وعدد من الاتفاقيات بشأن أنواع الأسلحة المقيدة أو المحظورة، بما في ذلك الغازات وغيرها من الأسلحة الكيميائية والبيولوجية والأسلحة التقليدية غير المميزة أو التي تسبب معاناة لا داعي لها، وكذلك الألغام الأرضية المضادة للأفراد والذخائر العنقودية. www.icrc.org/ihl.nsf

3.1.2 القانون الدولي الإنساني العرفي

يشير القانون الدولي الإنساني العرفي إلى قانون النزاعات المسلحة المقبول من جانب الدول، من خلال البيانات والسياسات والممارسات، والتي تمثل قواعد عرفية تنطبق على جميع الدول، بغض النظر عن انضمامها لمعاهدات القانون الدولي الإنساني. لا توجد قاعدة متفق عليها بشأن القواعد العرفية، إلا أن التفسير الأكثر حجية هو الدراسة المذكورة أدناه.

دراسة القانون الإنساني الدولي العرفي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر و جي-إم هنكارتس وإل دوزوالد-بيك، مطبوعات جامعة كمبريدج، كامبريدج ونيويورك 2005. www.icrc.org/ar/publication/pcustom

التعليق: تغطي الدراسة تقريبًا كامل نطاق قانون النزاعات المسلحة. حيث تسرد 161 قاعدة محددة وإن كانت تنطبق على النزاعات المسلحة الدولية أو النزاعات المسلحة غير الدولية أو كلاهما. ورغم انتقاد بعض المعلقين القانونيين لمنهجيتها، إلا أن دراسة القانون الإنساني الدولي العرفي هي نتيجة لعملية بحث صارم واستشاري لأكثر من عشر سنوات، وحجيتها كمجمع وتفسير للقواعد العرفية معترف بها على نطاق واسع.

2.2 مبادئ الأمم المتحدة وتوجيهاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا بشأن النزاعات المسلحة والمساعدة الإنسانية

مذكرة مجلس الأمن الدولي بشأن الحماية 2002، بصيغتها المحدثة 2003 (S/PRST/2003/27).
undocs.org/ar/S/PRST/2003/27

التعليق: وهذا ليس قرارًا للدول، ولكنه عبارة عن وثيقة توجيهية لمجلس الأمن فيما يتعلق بحفظ السلام والأوضاع الملحة للنزاعات، ونتجت عن مشاورات مع مجموعة من وكالات الأمم المتحدة واللجان الدائمة المشتركة بين الوكالات.

قرارات مجلس الأمن الدولي بشأن العنف الجنسي والنساء في النزاعات المسلحة، لاسيما أول تلك القرارات، رقم 1325 (2000) بشأن النساء والسلام والأمن والذي شكل معلمًا بارزًا في التصدي للعنف ضد المرأة في حالات النزاع المسلح، لاحقًا، القرارات Res. 1820 (2008) وRes. 1888 (2009) وRes. 1889 (2009) وRes. 1325 (2012). تتوفر جميع قرارات مجلس الأمن الدولي حسب السنة والرقم على الرابط:
www.un.org/ar/sc/documents/resolutions

3. الصكوك الدولية بشأن اللاجئين والنازحين داخلياً

1.3 المعاهدات بشأن اللاجئين والنازحين داخليًا

علاوة على المعاهدة الدولية، يتضمن هذا القسم اثنين من معاهدات الاتحاد الأفريقي (منظمة الوحدة الأفريقية سابقًا)، حيث أنهما تشكلان سوابق تاريخية.

الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين لعام 1951 (بصيغتها المعدلة)، والتي اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة للمفوضين المعني بمركز اللاجئين وعديمي الجنسية، بجينيف، من 2 إلى 25 يوليو 1951، ودخلت حيز النفاذ في 22 أبريل 1954، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 189، ص 137.
www.unhcr.org/ar/4d11b3026

البروتوكول الخاص بوضع اللاجئين لعام 1967، قننته الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار 2198 (الحادي والعشرون) 2 في 16 ديسمبر 1966، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 606، ص 267.
www.unhcr.org/ar/4d11b3026

التعليق: الاتفاقية الدولية الأولى بشأن اللاجئين، تعرف اللاجئ بأنه شخص «لديه خوف مبرر من التعرض للاضطهاد بسبب العرق أو الدين أو الجنسية أو الانتماء لفئة اجتماعية معنية أو رأي سياسي، وموجود خارج الدولة التي يحمل جنسيتها، وغير قادر أو غير راغب، بسبب الخوف، من الاستفادة من حماية تلك البلد أو العودة إليها بسبب الخوف من الاضطهاد...»

اتفاقية منظمة الوحدة الأفريقية التي تحكم المظاهر الخاصة بمشكلات اللاجئين في أفريقيا لعام 1969, والتي اعتمدتها الجمعية العامة لرؤساء الدول والحكومات في دورتها العادية السادسة، بأديس أبابا، في 10 سبتمبر 1969. www.unhcr.org/45dc1a682.html

التعليق: يقبل هذا تعريف اتفاقية 1951 ويوسعه ليشمل الأشخاص الذين أُجبروا على ترك بلدهم ليس فقط نتيجة للاضطهاد ولكن بسبب العدوان الخارجي أو الاحتلال أو الهيمنة الخارجية أو الأحداث التي تخل بالنظام العام بشكل خطير. كما يعترف بالجماعات غير الحكومية كمرتكبين للاضطهاد ولا يطلب من اللاجئين إظهار صلة مباشرة بينهم وبين خطر مستقبلي.

اتفاقية الاتحاد الأفريقي لحماية ومساعدة النازحين داخليا في أفريقيا (اتفاقية كمبالا) لعام 2009، والتي اعتمدتها القمة الخاصة للاتحاد الأفريقي المنعقدة في كمبالا. ودخلت حيز النفاذ في 6 ديسمبر 2012
au.int/ar/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

التعليق: وهذه هي أول اتفاقية متعددة الأطراف بشأن النازحين داخليًا.

2.3 مبادئ الأمم المتحدة وتوجيهاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا بشأن اللاجئين والنازحين داخليًا

المبادئ التوجيهية المتعلقة بالتشرد الداخلي لعام 1998، تم الاعتراف بها في سبتمبر 2005 من جانب رؤساء الدول والحكومات المجتمعين في القمة العالمية في نيويورك، بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم L.1/60 (UN Doc. A/60/L.1 ,132) باعتبارها «إطارًا دوليًا هامًا لحماية المشردين داخليًا».
www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/GPArabic.pdf

التعليق: تنطلق هذه المبادئ من القانون الإنساني الدولي وقانون حقوق الإنسان وقوانين اللاجئين المماثلة، والغرض منها أن تكون معيارًا دوليًا لتوجيه الحكومات والمنظمات الدولية وغيرهم من الجهات الدولية الفاعلة أثناء تقديم المساعدة والحماية للنازحين داخليًا.

4. الصكوك الدولية بشأن الكوارث والمساعدة الإنسانية

1.4 المعاهدات بشأن الكوارث والمساعدة الإنسانية

اتفاقية بشأن سلامة موظفي الأمم المتحدة والأفراد المرتبطين بها لعام 1994، أُعتمدت بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 59/49 في 9 ديسمبر 1994، ودخلت حيز النفاذ في 15 يناير 1999، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2051، ص 363.

البروتوكول الاختياري للاتفاقية المتعلقة بسلامة موظفي الأمم المتحدة والأفراد المرتبطين بها لعام 2005، أُعتمدت بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ألف/42/60 في 8 ديسمبر 2005، ودخلت حيز النفاذ في 19 أغسطس 2010، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2689، ص 59.
documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/490/10/PDF/N0549010.pdf?OpenElement

التعليق: الحماية محدودة في الاتفاقية لعمليات حفظ السلامة التابعة للأمم المتحدة، مالم تعلن الأمم المتحدة «الخطر الاستثنائي» – والذي يعد متطلبًا غير عملي. يصحح البروتوكول هذا الخلل الكبير في الاتفاقية ويوسع الحماية القانونية لجميع عمليات الأمم المتحدة، بدءً من المساعدة الإنسانية الطارئة إلى بناء السلام وتوصيل المساعدة الإنسانية والسياسية والإنمائية.

اتفاقية تامبير المتعلقة بتقديم موارد الاتصالات السلكية واللاسلكية للحد من الكوارث ولعمليات الإغاثة 1998، وافق عليها المؤتمر الحكومي الدولي للاتصالات في حالات الطوارئ لعام 1998، ودخلت حيز النفاذ في 8 يناير 08 يناير, 2005، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2296، ص 5.
www.itu.int/en/ITU-D/Emergency-Telecommunications/Documents/Tampere_Convention/Tampere%20Arabic.pdf

اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ لعام 1992، اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة بشأن البيئة والتنمية، بريو دي جانيرو، من 4 إلى 14 يونيو 1992، ورحبت بها الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار 195/47 بتاريخ 22 ديسمبر 1992، ودخلت حيز النفاذ في 21 مارس 1994، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1771، ص 107. https://unfccc.int/sites/default/files/convarabic.pdf

- **بروتوكول كيوتو الملحق باتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ لعام 1997**، أُعتمد في الجلسة الثالثة لمؤتمر الأطراف في الاتفاقية الإطارية، بكيوتو، اليابان، في عام 1997، ودخل حيز النفاذ في 16 فبراير 2005، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2303، ص 148.
https://unfccc.int/sites/default/files/kparabic.pdf
- **اتفاقية باريس لعام 2015**، اعتمدت في الجلسة الحادية والعشرين لمؤتمر الأطراف في الاتفاقية الإطارية، بباريس، فرنسا، ديسمبر 2015، ودخلت حيز النفاذ في نوفمبر 2016.
- https://unfccc.int/sites/default/files/arabic_paris_agreement.pdf

التعليق: تشكل اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ وبروتوكول كيوتو واتفاقية باريس جزءً من معاهدة إطارية واحدة. حيث تتصدى للحاجة العاجلة لتنفيذ استراتيجيات التكيف مع التغير المناخي والحد منه، وبناء القدرات المحلية والقدرة على التكيف، لاسيما في الدول المعرضة للكوارث الطبيعية. حيث تشدد على استراتيجيات الحد من الكوارث وإدارة المخاطر، لاسيما فيما يتعلق بتغير المناخ.

2.4 مبادئ الأمم المتحدة وتوجيهاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا بشأن الكوارث والمساعدة الإنسانية

تعزيز تنسيق تقديم مساعدات الأمم المتحدة الإنسانية في حالات الطوارئ، مع ملحقها والمبادئ التوجيهية قرار الجمعية العامة رقم 182/46 بتاريخ 19 ديسمبر 1991. www.unocha.org/node/2714

التعليق: وأدى هذا إلى إنشاء إدارة الشؤون الإنسانية التابعة للأمم المتحدة، والتي أصبحت مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية في 1998.

إطار سِنداي للحد من مخاطر الكوارث للفترة 2015-2030 (إطار سنداي).

www.preventionweb.net/files/resolutions/N1516714.pdf

التعليق: إطار سنداي هو الصك اللاحق لإطار عمل هيوغو 2005–2015: بناء قدرة الأمم والمجتمعات على مواجهة الكوارث. وقد اعتمد في مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الثالث المعني بالحد من مخاطر الكوارث لعام 2015 وأقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة (في القرار رقم 283/69). ويدعم التنفيذ مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث. وهو اتفاق تطوعي غير ملزم مدته 15 عام يهدف إلى الحد بشكل كبير من مخاطر الكوارث والخسائر في الأرواح وسبل العيش والصحة.

المبادئ التوجيهية لتسهيل العمليات الدولية للإغاثة والانتعاش الأولي في حالات الكوارث وتنظيمها على الصعيد الوطني (مبادئ برنامج القوانين والقواعد والمبادئ الدولية الخاصة بالاستجابة للكوارث) لعام 2007، اعتمدها المؤتمر الدولي الثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر (والذي شمل الدول الأطراف في اتفاقيات جينيف). www.ifrc.org

5. أطر السياسة الإنسانية وتوجيهاتها ومبادئها بشأن حقوق الإنسان والحماية والقابلية للتضرر في التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها

توجد الآن مجموعة من الإرشادات التشغيلية العامة والخاصة بشأن الاستجابة الإنسانية في الطوارئ. وبما أن هذه الأدوات لم تعد تميز بين النزاع المسلح وحالات اللاجئين والاستجابة للكوارث، فنورد مجموعة مختارة منها تحت العناوين الموضوعية: المعايير العامة؛ والمساواة بين الجنسين والحماية من العنف القائم على نوع الجنس؛ والأطفال في حالات الطوارئ؛ واللاجئين والنازحين داخليًا.

A1. معايير اسفير المرافقة

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (The Alliance), 2012. https://resourcentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/cp_minimum_standards_english_2013_v2.pdf

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org/downloads/calp-minimum-requirements-en-rev-web.pdf

Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE), 2010.
http://s3.amazonaws.com/inee-assets/resources/INEE_Minimum_Standards_Handbook_2010_English.pdf

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.
https://www.livestock-emergency.net/download/1779/

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017.
https://seepnetwork.org/files/galleries/1750_MERS_3rd_Edition_PDF.pdf

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Humanitarian_inclusion_standards_for_older_people_and_people_with_disabi....pdf

A2. القوانين والإرشادات والكتيبات الأخرى حسب الموضوع

A2.1 معايير الحماية العامة والجودة في الاستجابة الإنسانية

قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث ⊕ انظر الملحق الثاني.

Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement 1965, adopted by the 20th International Conference of the Red Cross.
www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. Inter-Agency Standing Committee and Brookings–Bern Project on Internal Displacement. 2011.
https://www.brookings.edu/multi-chapter-report/iasc-operational-guidelines-on-the-protection-of-persons-in-situations-of-natural-disasters/

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007. UN Inter-Agency Standing Committee.
www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action.
https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-team-inclusion-persons-disabilities-humanitarian-action

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016.
UN Inter-Agency Standing Committee.
https://interagencystandingcommittee.org/protection-priority-global-protection-cluster/documents/inter-agency-standing-committee-policy

Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship 2003, endorsed by the Stockholm conference of donor countries, UN agencies, NGOs and the International Red Cross and Red Crescent Movement, and signed by the European Commission and 16 states.
www.ghdinitiative.org

المبادئ والممارسة السليمة للمنح الإنسانية لعام 2003، وأقرها مؤتمر ستوكهولم للبلدان المانحة ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، ووقعتها المفوضية الأوروبية و16 دولة

Professional Standards for Protection Work. 2018. International Committee of the Red Cross (ICRC).
https://shop.icrc.org/professional-standards-for-protection-work-carried-out-by-humanitarian-and-human-rights-actors-in-armed-conflict-and-other-situations-of-violence-2512.html

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO).
https://www.sheltercluster.org/sites/default/files/docs/International%20Law%20and%20Standards%20Applicable%20in%20Natural%20Disaster%20Situations%202009.pdf

A2.2 المساواة بين الجنسين والحماية من العنف القائم على نوع الجنس

GBV Constant Companion. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016.
https://sheltercluster.org/gbv-shelter-programming-working-group/documents/gbv-constant-companion

Gender Handbook in Humanitarian Action 2006, "Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action". Inter-Agency Standing Committee.
http://www.unhcr.org/protection/women/50f91c999/iasc-gender-handbook-humanitarian-action.html

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016.
https://www.sheltercluster.org/working-group/gbv-shelter-programming-working-group/documents

IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action. 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster.
www.gbvguidelines.org

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No.6. World Bank. 2012. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/17078

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines. Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. https://www.unisdr.org/we/inform/publications/9922

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement. UNHCR. 2011.
www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/age_gender_diversity/NTG_Working_with_Men_Boys_GBV_2011_En.pdf

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR. 2011.
www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/age_gender_diversity/NTG_Working_with_LGBTI_2011_EN.pdf

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters. Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012.
www.ifrc.org/PageFiles/94522/ViolenceInDisasters-English-1up.pdf

A2.3 الأطفال في الطوارئ

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action.
https://reliefweb.int/report/world/field-handbook-unaccompanied-and-separated-children

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. 2012. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster (Child Protection Working Group).
cpwg.net/minimum-standards/

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee.
https://www.icrc.org/en/publication/
1101-inter-agency-guiding-principles-unaccompanied-and-separated-children

A2.4 اللاجئون والنازحون داخلياً

المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين لديها تكليف قانوني خاص لحماية اللاجئين بموجب اتفاقية اللاجئين وبروتوكولها. لدى المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين مصادر واسعة على موقعها على الويب. www.unhcr.org/ar

IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (March 2010). UN Inter-Agency Standing Committee. 2010. www.unhcr.org/4c2355229.pdf

الملحق 2
قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث

أعدها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر واللجنة الدولية للصليب الأحمر[1]

الغرض من قواعد السلوك

الغرض من قواعد السلوك هذه هو صيانة معايير سلوكنا، وهي ليست بصدد تفاصيل العمليات، ككيفية حساب حصص الطعام أو نصب مخيم للاجئين، بل تتوخى الحفاظ على درجة عالية من الاستقلال والفعّالية والتأثير التي تنشدها المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال مواجهة الكوارث والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. إنها قواعد سلوك طوعية يتم تطبيقها من خلال رغبة المؤسسة التي تقبل صيانة المعايير التي تم إرساؤها في تلك القواعد.

وفي حالة حدوث نزاع مسلح، تفسر القواعد الحالية للسلوك وتطبق وفقاً للقانون الدولي الإنساني.

وتعرض قواعد السلوك أولاً وتليها ثلاثة مرفقات تصف محيط العمل الذي تود أن تخلقه الحكومات المضيفة والحكومات المانحة والمنظمات الحكومية بغية تسهيل تقديم المساعدة الإنسانية بصورة فعالة.

التعاريف

المنظمات غير الحكومية: يقصد بها هنا المنظمات الوطنية والدولية التي تشكلت بطريقة مستقلة عن حكومة البلد الذي تأسست فيه.

الوكالات الإنسانية غير الحكومية: استخدم هذا التعبير لأغراض هذا النص ليشمل عناصر حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر – أي اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية الأعضاء فيه – والمنظمات غير الحكومية المعرَّفة أعلاه. وتشير هذه القواعد على وجه الخصوص إلى الوكالات الإنسانية غير الحكومية التي تواجه الكوارث.

المنظمات الحكومية: يقصد بها المنظمات التي تشكلها حكومتان أو أكثر، وهي تشمل بالتالي جميع وكالات الأمم المتحدة والمنظمات الإقليمية.

1 تحت رعاية مؤسسة كاريتاس الدولية وهيئة خدمات الإغاثة الكاثوليكية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والتحالف الدولي لإنقاذ الطفولة والاتحاد اللوثري العالمي ومؤسسة أوكسفام ومجلس الكنائس العالمي (وهي منظمات أعضاء في لجنة توجيه المساعدات الإنسانية) واللجنة الدولية للصليب الأحمر.

الكوارث: الكارثة هي عبارة عن حادث مفجع يسبب خسائر في الأرواح ومعاناة البشر وتألمهم بشكل كبير، ويحدث أضراراً مادية فادحة.

قواعد السلوك

مبادئ السلوك الأساسية لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في برامج مواجهة الكوارث

1. أولوية الحاجات الإنسانية

إن الحق في الحصول على المساعدة الإنسانية وفي تقديمها هو مبدأ إنساني أساسي ينبغي أن يتمتع به مواطنو البلدان كلها. وبوصفنا أعضاء في المجموعة الدولية، نقر بالتزامنا بإتاحة المساعدة الإنسانية حيثما دعت الحاجة إليها. وبالتالي فإن الحاجة إلى الوصول إلى السكان المتضررين دون إعاقة، تكتسي أهمية بالغة في تحمل تلك المسؤولية. ودافعنا الأول في مواجهة الكوارث هو التخفيف من المعاناة البشرية لدى الفئات الأقل قدرة على تحمل الشدة الناجمة عن الكوارث. وعندما نقدم المعونة الإنسانية فإننا لا نشايع جهة ما ولا نقوم بعمل سياسي، وينبغي ألا يُنظر إلى عملنا بهذه النظرة.

2. تقدم المعونة بغض النظر عن الانتماء العرقي لمتلقيها أو عقيدته أو جنسيته ودون تمييز معاد من أي نوع. وتحسب أولويات المعونة على أساس الحاجة وحدها

سنحاول قدر المستطاع، إتاحة معونة الإغاثة على أساس تقدير شامل لحاجات ضحايا الكوارث والإمكانات المحلية المتوفرة في منطقة حدوثها لسد تلك الحاجات. وسنأخذ بعين الاعتبار مبدأ التناسبية في مجمل برامجنا. ويجب تخفيف المعاناة البشرية حيثما وجدت، فالحياة ثمينة في جزء من البلد بقدر ما هي ثمينة في جزئه الآخر. ولذا، فإن تقديم المعونة سيعكس درجة المعاناة التي نتوخى تخفيفها. ونحن نسلِّم، في تنفيذنا لهذا النهج، بالدور الحاسم الذي تؤديه النساء في المجتمعات المعرضة للكوارث، وسنضمن دعم هذا الدور – لا تقليله – بواسطة برامج المعونة التي نعدها. ولا يكون تنفيذ مثل هذه السياسة العالمية والمحايدة والمستقلة فعّالاً إلا إذا توفرت لنا ولشركائنا فرص الحصول على الموارد اللازمة لإتاحة مثل هذه الإغاثة العادلة، والوصول إلى كافة ضحايا الكوارث على نحو متساوْ.

3. عدم استخدام المعونة لدعم موقف سياسي أو ديني معيّن

تقدم المعونة الإنسانية وفقاً لحاجات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. ونحن نؤكد، دون المساس بحق الوكالات الإنسانية غير الحكومية بمناصرة آراء سياسية أو دينية بعينها، أن تقديم المساعدة يجب أن يكون مستقلاً عن مشاطرة متلقيها لتلك الآراء. ولن نقيّد الوعد بتقديم المساعدة أو تسليمها أو توزيعها باعتناق آراء سياسية أو عقائد دينية معينة أو قبولها.

4. سنسعى جاهدين إلى عدم التصرف كأدوات للسياسة الخارجية للحكومة

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هي وكالات تعمل في استقلال عن الحكومات، وبالتالي فإننا نضع سياساتنا وننفذ خططنا ولا نسعى إلى تنفيذ سياسة أي حكومة، إلا إذا تطابقت مع سياستنا المستقلة. لن نسمح أبداً باستخدامنا أو باستخدام موظفينا، عمداّ أو بسبب الإهمال، في جمع معلومات سياسية أو عسكرية أو اقتصادية هامة لصالح حكومات أو هيئات قد تخدم أغراضّا غير الأغراض الإنسانية البحتة، ولن نُسخَّر كأدوات في خدمة السياسات الخارجية للحكومات المانحة. نستخدم المساعدة التي نتلقاها في الاستجابة للحاجات وينبغي ألا تمنح هذه المساعدة بدافع التخلص من فائض السلع لدى الجهة المانحة أو تحقيقاً لمصالحها السياسية. نثمن ونشجع العمل الطوعي والمال الذي يساهم به الأفراد المعنيون لدعم نشاطنا ونسلم باستقلالية الأعمال التي تتأتى بدافع طوعي كهذا. ومن أجل حماية استقلالنا سنسعى إلى تجنب التبعية لمصدر تمويل واحد.

5. وعلينا احترام الثقافة والعادات

سنسعى إلى احترام ثقافات وهياكل وتقاليد المجتمعات المحلية والبلدان التي نعمل فيها.

6. وكذلك محاولة بناء استجابة للكوارث على القدرات المحلية

يملك الناس والمجتمعات المحلية قاطبة – حتى في حالات الكوارث – قدرات ولديهم مواطن ضعف. سنعمل على تعزيز تلك القدرات، حيثما كان ذلك ممكنًا، من خلال توظيف موظفين محليين، وشراء مواد محلية، والمتاجرة مع شركات محلية. وسنعمل، حيثما كان ذلك ممكناً، وبواسطة الوكالات الإنسانية غير الحكومية المحلية بوصفها شريكة في التخطيط والتنفيذ وسنتعاون مع هياكل الحكومات المحلية كلما كان ذلك مناسباً. وسنضع التعاون الصحيح في مجال الاستجابة في حالات الطوارئ في مصاف الأولويات الكبرى. ويتم ذلك على أحسن وجه في البلدان المعنية بواسطة أولئك الذي يشاركون مباشرة في عمليات الإغاثة، والذين ينبغي أن يكون من ضمنهم ممثلون عن هيئات الأمم المتحدة ذات الصلة.

7. يجب اكتشاف طرق لإشراك المستفيدين من البرنامج في إدارة مساعدات الإغاثة

ينبغي ألا تفرض على المستفيدين أبداً المساعدة المقدمة لهم في حالات الكوارث. ويمكن التوصل إلى الإغاثة الفعّالة وإعادة التأهيل الدائم على أفضل وجه عندما يشارك المستفيدون منها في تصميم برامج المساعدة وإدارتها وتنفيذها. وسنسعى جاهدين إلى الحصول على مشاركة المجتمعات المحلية الكاملة في برامجنا الخاصة بالإغاثة وإعادة التأهيل.

8. يجب أن تكون مساعدات الإغاثة جهداً يبذل لتقوية الضعفاء على مواجهة الكوارث في المستقبل وإشباع الحاجات الضرورية

تؤثر كل أعمال الإغاثة في إمكانيات تحقيق تنمية طويلة الأجل، سواء بطريقة إيجابية أو سلبية. ونحن إذ نسلّم بذلك، سنسعى جاهدين إلى تنفيذ برامج الإغاثة التي تقلل بشكل فعال من ضعف المستفيدين أمام الكوارث في المستقبل وتساعد على خلق أنماط عيش ممتدة. وسنولي مشاكل البيئة عناية خاصة عند إعدادنا البرامج وتنفيذها. وسنحاول تخفيف الوقع السلبي للمساعدة الإنسانية، بالسعي إلى تفادي اعتماد المستفيدين الطويل المدى على المساعدة الخارجية.

9. ونحن نعتبر أنفسنا مسؤولين تجاه الطرفين: من نسعى إلى مساعدتهم ومن نقبل الموارد منهم

غالباً ما نعمل كصلة وصل منظمة في الشراكة القائمة بين أولئك الذي يرغبون في تقديم المساعدة وأولئك الذي يحتاجون إليها أثناء الكوارث. ولهذا نعتبر أنفسنا مسؤولين تجاه الطرفين. وتعكس كل معاملاتنا مع المانحين والمستفيدين موقفنا الذي يتسم بالنزاهة والوضوح. ونقر بالحاجة إلى تقديم تقارير عن أنشطتنا سواء من ناحية التمويل أو من ناحية الفعالية. كما نقر بواجب مراقبة توزيع المعونات مراقبة صارمة وتقييم منتظم لنتائج المساعدة المقدمة في حالات الكوارث. وسنسعى أيضاً إلى تقديم تقارير بطريقة مفتوحة، عن نتائج عملنا وعن العوامل التي تحد من هذه النتائج أو تعززها. وستقوم برامجنا على معايير عالية من المهنية والخبرة بغية التقليل من هدر الموارد الثمينة.

10. علينا أن نعترف بضحايا الكوارث خلال أنشطتنا الإعلامية والدعائية والإعلانية كبشر ذوي كرامة وليس ككائنات يائسة

ينبغي ألا نغفل أبدا احترام ضحايا الكوارث بوصفهم شركاء كاملين في عملية الإغاثة. ويجب أن نعطي في إعلامنا إلى الجمهور صورة موضوعية عن حالة الكوارث نوضح فيها قدرات ضحايا الكارثة وطموحاتهم لا ضعفهم ومخاوفهم فحسب. وفي حين سنتعاون مع وسائل الإعلام بغية حفز رد فعل الجماهير، فإننا لن نسمح بأن تكون للمطالب الداخلية أو الخارجية على الدعاية الأسبقية على مبدأ زيادة المساعدة الإجمالية لعمليات الإغاثة إلى أقصى حد. وسنتجنب التنافس مع الوكالات الأخرى التي تواجه الكوارث من أجل التغطية

الإعلامية في حالات تكون فيها مثل هذه التغطية ضارة بالنسبة للخدمات المقدمة أو بالنسبة لأمن موظفينا أو المستفيدين من هذه الخدمات.

محيط العمل

بعد أن وافقنا من طرف واحد على أن نعمل جاهدين على الالتزام بقواعد السلوك الواردة آنفاً، نقدم أدناه بعض التوجيهات التوضيحية التي تصف محيط العمل الذي نود أن تخلقه الحكومات المانحة والمضيفة والمنظمات الحكومية وبصورة خاصة وكالات الأمم المتحدة - بغية تسهيل المشاركة الفعّالة للوكالات الإنسانية غير الحكومية في مواجهة الكوارث.

تقدم هذه التوجيهات للإرشاد وهي غير ملزمة من الناحية القانونية، ونحن لا ننتظر من الحكومات والمنظمات الحكومية أن توافق عليها بالتوقيع على أية وثيقة، على الرغم من أن ذلك يمكن أن يكون هدفاً نعمل على تحقيقه في المستقبل. وقد قدمت هذه التوجيهات بروح النزاهة والتعاون كيما يدرك شركاؤنا العلاقة المثالية التي نروم إقامتها معهم.

المرفق الأول: توصيات لحكومات البلدان المتضررة من الكوارث

1. ينبغي على الحكومات أن تعترف بأعمال الوكالات الإنسانية غير الحكومية وتحترم استقلالها وإنسانيتها وعدم تحيزها

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة. وينبغي على الحكومات المضيفة احترام هذا الاستقلال وعدم التحيز.

2. ينبغي على الحكومات المضيفة تسهيل وصول الوكالات الإنسانية غير الحكومية إلى ضحايا الكوارث بسرعة

كيما يتسنى للوكالات الإنسانية غير الحكومية العمل بموجب مبادئها الإنسانية، ينبغي أن يؤمن لها الوصول إلى ضحايا الكوارث بطريقة سريعة وغير متحيزة، لتقديم المساعدة الإنسانية لهم. ومن واجب الحكومة المضيفة، كجزء من ممارستها لمسؤوليتها في السيادة، بألا تعرقل وصول هذه المساعدة وأن تقبل العمل الذي تنجزه الوكالات الإنسانية غير الحكومية دون تحيز وبعيداً عن السياسة. ينبغي على الحكومات المضيفة تيسير دخول أفراد الإغاثة بسرعة، وخاصة بإعفائهم من تأشيرات العبور والدخول والخروج، أو القيام بالترتيبات اللازمة للحصول عليها بسرعة. ينبغي على الحكومات أن تمنح حق الطيران والهبوط للطائرات التي تنقل إمدادات الإغاثة الدولية وموظفيها، طيلة استمرار مرحلة الإغاثة الطارئة.

3. على الحكومات تيسير تدفق سلع الإغاثة والمعلومات في الوقت المناسب أثناء الكوارث

تجلب إمدادات الإغاثة والمعدات إلى بلد ما بقصد التخفيف من المعاناة الإنسانية فقط، لا من أجل تحقيق مصلحة أو كسب تجاري؛ وينبغي السماح بدخول هذه الإمدادات بحرية ودون قيود بصفة عادية وينبغي عدم المطالبة بالشهادات القنصلية الخاصة بمصدرها، أو رخص الاستيراد أو التصدير أو أي تقييد آخر، أو رسوم الاستيراد الأرضية أو رسوم الميناء.

وينبغي على الحكومة المضيفة أن تيسر الاستيراد المؤقت لمعدات الإغاثة الضرورية، بما في ذلك السيارات والطائرات الخفيفة وأجهزة الاتصالات، بإزالة قيود الترخيص أو التسجيل مؤقتاً. كما يجب ألا تقيد الحكومة إعادة تصدير معدات الإغاثة بعد انتهاء عملية الإغاثة.

ولتسهيل الاتصالات أثناء الكوارث، يتم تشجيع الحكومات المضيفة على تخصيص بعض موجات الإذاعة كيما تستخدمها منظمات الإغاثة من أجل الاتصالات أثناء الكوارث داخل البلد وخارجه، وينبغي أن تطلع الحكومات منظمات مواجهة الكوارث على هذه الموجات قبل حدوث الكارثة، كما ينبغي عليها السماح للعاملين في الإغاثة باستخدام جميع وسائل الاتصالات اللازمة لعمليات الإغاثة.

4. ينبغي أن تسعى الحكومات إلى توفير معلومات منسقة عن الكوارث وخدمات مخططة لها

إن التخطيط والتنسيق الشاملين لجهود الإغاثة هما في الواقع من مسؤولية الحكومة المضيفة. ويمكن تعزيز التخطيط والتنسيق إلى حد كبير إذا أتيحت للوكالات الإنسانية غير الحكومية معلومات عن حاجات الإغاثة والأجهزة الحكومية من أجل التخطيط لجهود الإغاثة وتنفيذها فضلاً عن المعلومات بشأن المخاطر الأمنية التي يحتمل أن تنشأ. لذا، فالحكومات مدعوة لإتاحة مثل هذه المعلومات للوكالات الإنسانية غير الحكومية.

وبغية تيسير التعاون الفعلي والاستخدام الأمثل لجهود الإغاثة، فإن الحكومات مدعوة إلى تخصيص نقطة اتصال واحدة للوكالات الإنسانية غير الحكومية من أجل الاتصال بالسلطات الوطنية، قبل وقوع الكوارث.

5. أعمال الإغاثة في حالات النزاع المسلح

في حالات النزاع المسلح، تخضع أعمال الإغاثة إلى أحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة.

المرفق الثاني: توصيات إلى الحكومات المانحة

1. ينبغي على الحكومات المانحة أن تعترف بالأعمال الإنسانية التي تقوم بها الوكالات الإنسانية غير الحكومية باستقلال ودون تحيز وأن تحترم هذه الأعمال

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة ينبغي أن تحترم الحكومات المتبرعة استقلالها وعدم تحيزها لا يجب على الحكومات المتبرعة استغلال الوكالات الإنسانية غير الحكومية لخدمة أي غاية سياسية أو فكرية.

2. ينبغي على الحكومات المانحة إتاحة التمويل مع ضمان الاستقلال في العمل

تقبل الوكالات الإنسانية غير الحكومية المساعدة المالية والمادية من الحكومات المانحة بنفس الروح التي تقدم بها المساعدة لضحايا الكوارث، أي روح العمل الإنساني المستقل. ويقع تنفيذ أعمال الإغاثة في النهاية على عاتق الوكالات الإنسانية غير الحكومية ويتم إنجازها وفقاً لسياسات هذه الوكالات.

3. ينبغي على الحكومات المانحة القيام بمساعيها الحميدة لمساعدة الوكالات الإنسانية غير الحكومية في الوصول إلى ضحايا الكوارث

ينبغي على الحكومات المانحة الاعتراف بأهمية قبول مستوى معين من المسؤولية من أجل ضمان وصول موظفي الوكالات الإنسانية إلى مواقع الكوارث بحرية وأمان. وينبغي عليها أن تكون مستعدة للجوء إلى الدبلوماسية مع الحكومات المضيفة بشأن مثل هذه القضايا إذا اقتضى الأمر.

المرفق الثالث: توصيات إلى المنظمات الحكومية

1. ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية أن تعترف بالوكالات الإنسانية غير الحكومية، المحلية والأجنبية كهيئات شريكة لها قيمتها

ترغب الوكالات الإنسانية غير الحكومية في العمل مع الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية الدولية في مواجهة الكوارث بصورة أفضل، وذلك بروح الشراكة التي تحترم سيادة واستقلال كل الشركاء. وعلى المنظمات الحكومية الدولية أن تحترم استقلال الوكالات الإنسانية غير الحكومية وعدم تحيزها. كما يجب على وكالات الأمم المتحدة استشارة الوكالات الإنسانية عند إعداد خطط الإغاثة.

2. ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية مساعدة الحكومات المضيفة على إتاحة إطار تنسيق شامل لأعمال الإغاثة الدولية والمحلية

لا تكون الوكالات الإنسانية غير الحكومية موكلة عادة لإتاحة إطار تنسيق شامل للكوارث التي تقتضي رد فعل دولي. وهذه المسؤولية تقع على عاتق الحكومة المضيفة وهيئات الأمم المتحدة ذات الصلة، وهي مدعوة لإتاحة هذه الخدمة بطريقة فعالة وتوقيت مناسب خدمة للدولة المنكوبة والهيئات الوطنية والدولية المواجهة للكوارث. ينبغي على الوكالات الإنسانية غير الحكومية أن تبذل قصارى جهدها، في جميع الأحوال، لضمان فعالية تنسيق خدماتها.

في حالات النزاع المسلح، تخضع أعمال الإغاثة إلى أحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة.

3. ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية أن تشمل الوكالات الإنسانية غير الحكومية بالحماية الأمنية المتاحة لمنظمات الأمم المتحدة

حيثما أتيحت خدمات الأمن للمنظمات الحكومية الدولية ينبغي إتاحتها لعمليات الوكالات الإنسانية غير الحكومية إذا لزم الأمر.

4. على المنظمات الحكومية الدولية أن تتيح للوكالات الإنسانية غير الحكومية المعلومات نفسها ذات الصلة التي تتيحها لمنظمات الأمم المتحدة

إن المنظمات الحكومية الدولية مدعوة لتبادل كل المعلومات المتصلة بالمواجهة الفعالة للكوارث، مع شريكاتها من المنظمات الإنسانية غير الحكومية.

الملحق 3

الاختصارات والأسماء المختصرة

ART	anti-retroviral therapy	العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية
BMI	body mass index	مؤشر كتلة الجسم
CBA	cash-based assistance	المساعدة المعتمدة على النقد
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability	المعيار الإنساني الأساسي للجودة والمساءلة
CHW	community health worker	عامل صحي مجتمعي
cm	centimetre	سنتيمتر
CMR	crude mortality rate	معدل الوفيات الخام
CPMS	Child Protection Minimum Standards	المعايير الدنيا لحماية الطفل في العمل الإنساني
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus	اللقاح الثلاثي (الخناق والسعال الديكي والكزاز)
EPI	Expanded Programme on Immunization	برنامج التحصين الموسع
EWAR	Early warning alert and response	الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance	المساعدة التقنية للغذاء والتغذية
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة
FRC	free residual chlorine	بقايا الكلور الحرة
GBV	gender-based violence	العنف القائم على نوع الجنس
HMIS	health management information system	نظم إدارة المعلومات الصحية
HWTSS	household-level water treatment and safe storage	معالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة
IASC	Inter-agency standing committee	اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات
iCCM	Integrated Community Case Management	الإدارة المتكاملة المجتمعية للحالات
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights	العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية

ICRC	International Committee of the Red Cross	اللجنة الدولية للصليب الأحمر
IDP	internally displaced person	النازح داخليًا
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
IHL	international humanitarian law	القانون الدولي الإنساني
IMCI	integrated management of childhood illnesses	الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies	الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ
IPC	infection prevention and control	الوقاية من العدوى ومكافحتها
IYCF	infant and young child feeding	تغذية الرضع والأطفال الصغار
km	kilometre	كيلومتر
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards	المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex	المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية والمتحيرين جنسيًا وثنائيي الجنس
LLIN	long-lasting insecticide-treated net	الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول
MAM	moderate acute malnutrition	سوء التغذية معتدل الحدة
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning	الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم
MERS	Minimum Economic Recovery Standards	المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis	المعايير الدنيا لتحليل السوق
MoH	ministry of health	وزارة الصحة
MSF	Médecins sans Frontières (Doctors without Borders)	أطباء بلا حدود
MUAC	mid upper arm circumference	محيط منتصف الذراع العلوي
NCDs	non-communicable diseases	الأمراض غير المعدية
NGO	non-governmental organisation	منظمة غير حكومية
NTU	nephelometric turbidity units	وحدات الفورمازين للتعكّر
OAU	Organization of African Unity (now African Union)	منظمة الوحدة الأفريقية (الاتحاد الأفريقي حاليًا)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية

OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان
PEP	post-exposure prophylaxis	علاج وقائي بعد التعرض
PPE	personal protective equipment	معدات الوقاية الشخصية
RNI	reference nutrient intakes	مرجع تناول المغذيات
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)	تعليم المشاريع الصغيرة وتعزيزها (شبكة)
STIs	sexually transmitted infections	الأمراض المنقولة جنسيًا
TB	tuberculosis	السل
U5CMR	under-5 crude mortality rate	معدلات الوفيات الخام للأطفال أقل من 5 سنوات
UN	United Nations	الأمم المتحدة
UNFPA	United Nations Population Fund	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)	المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (وكالة الأمم المتحدة للاجئين)
UNICEF	United Nations Children's Fund	منظمة الأمم المتحدة للطفولة
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion	الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة
WFH	weight for height	الوزن مقابل الطول
WFP	World Food Programme	برنامج الأغذية العالمي
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية

ا الفهرس

الفهرس

ا

ب

ت

ث

ج

ح

خ

د

ذ

ر

س

ش

ص

ض

ط

ع

غ

ف

ق

ك

ل

م

ن

هـ

و

C

E

H

I

M

T

يمثل دليل اسفير منهجًا قائمًا على المبادئ للجودة والمساءلة في الاستجابة الإنسانية. وهو ترجمة عملية للمعتقد الأساسي لاسفير بأنه يحق لكل الأشخاص المتضررين من الكوارث أو الأزمات العيش بكرامة والحق في تلقي المساعدات الإنسانية.

الميثاق الإنساني هو حجر الأساس لهذا الدليل بالإضافة إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي الذي يمثل أساسا لتوجيه كافة قطاعات المساعدة. وتحدد المعايير التقنية الأولويات بما يضمن الاستجابة في أربعة قطاعات رئيسية في مجال إنقاذ الحياة وهي : الماء والإصحاح وتعزيز النظافة، والأمن الغذائي والتغذية، المأوى والمستوطنات، والصحة.

يصف الحد الأدنى من المعايير القابلة للقياس الاحتياجات التي سيتم تلبيتها في الاستجابة الإنسانية من أجل إنقاذ الأشخاص وإعادة تأسيس حياتهم وسبل عيشهم بطرق تحترم رأيهم وتعزز من كرامتهم. وتوفر الإجراءات والمؤشرات والملاحظات التوجيهية السبل لتطبيق هذه المعايير في سياقات متنوعة. جميع الفصول مرتبطة ببعضها البعض وتعزز بعضها البعض.

تكمن قوة دليل اسفير في شموليته وتكيفه مع كافة المواقع الإنسانية. وهو يتمتع بملكية واسعة في القطاع الإنساني، وبالتالي فهو بمثابة لغة مشتركة للعمل مع جميع الأطراف المعنية من أجل الجودة والمساءلة في السياقات الإنسانية.

اسفير

spherestandards.org/ar
www.facebook.com/SphereNGO
www.twitter.com/spherepro

Humanitarian Standards Partnership

شراكة المعايير الإنسانية هي عمل تنسيقي بين مبادرات المعايير المختلفة من أجل تنسيق الأدلة وآراء الخبراء والممارسات الفضلى، ولاستخدامها في تحسين جودة أعمال الاستجابة الإنسانية وتحسين قابليتها للمساءلة.

ISBN 978-1-908176-43-1